FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

454

Présentée et soutenue le jeudi 16 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Francois-Louis-Aimé PIRAS

Né a Paris le 16 Juillet 1867

DE

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

DANS SES RAPPORTS AVEC LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. BERGER, *professeur.*

Juges MM. GUYON *professeur.*
MAYGRIER et ALBARRAN *agrégés.*

PARIS
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, rue Racine, 3

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

454

Année 1896 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Francois-Louis-Aimé PIRAS

Né a Paris le 16 Juillet 1867

DE

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

DANS SES RAPPORTS AVEC LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. BERGER, *professeur.*

Juges MM. GUYON *professeur.*
MAYGRIER ET ALBARRAN *agrégés.*

PARIS
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, 3

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	N. POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	GLEY.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	HARTMANN.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
CHANTEMESSE	LEJARS.	RETTERER.	WALTHER.
CHARRIN.	LETULLE.	RICARD.	WEISS.
CHASSEVANT.			WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secretaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
Membre de l'Académie de Médecine.

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

PRÉFACE

Les bénéfices de l'hystéropexie abdominale, en tant que méthode curative des déviations utérines, ont été contestés dans ces derniers temps, et des critiques ont été adressées aux résultats éloignés de cette opération, surtout en ce qui concerne les grossesses consécutives.

M. le Professeur agrégé Bonnaire, en présence d'un cas d'accouchement à terme, postérieur à une hystéropexie, rencontré dans son service de maternité, nous engagea vivement à choisir l'étude de cette question comme sujet de notre thèse inaugurale. Il nous confia le soin de prendre l'observation de sa malade.

Qu'il veuille, à cette occasion, accepter l'expression de notre vive gratitude pour les marques d'intérêt qu'il nous a prodiguées durant le cours de nos études.

Nous associerons à ce témoignage de reconnaissance M. le Professeur agrégé Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Pendant plus d'un an nous avons bénéficié de son enseignement et admiré son habileté opératoire. Nous n'oublierons jamais avec quelle libéralité il nous a laissé puiser dans ses dossiers si riches en faits cliniques. Nous y avons trouvé plusieurs des observations inédites consignées dans cette thèse.

Nous remercierons d'une façon particulière M. le Professeur agrégé Peyrot, M. Porak, accoucheur de l'hôpital de la Charité, M. Guinard, chirurgien des hôpitaux et M. le docteur Souligoux, qui nous ont procuré des observations inédites.

Nous saisissons cette occasion pour adresser un public hommage à nos maîtres dans les hôpitaux : MM. les Professeurs Cornil, Dieulafoy, Raymond, Tillaux, M. le professeur agrégé Budin, MM. les docteurs Delpeuch, Toupet et Souques.

*
* *

On a pratiqué l'hystéropexie suivant différents procédés. Dans ce travail sur les grossesses consécutives nous aurons surtout en vue l'opération qui consiste à fixer le corps même de l'utérus à la paroi abdominale.

Après quelques mots très brefs sur l'historique de la question on trouvera un recueil des observations de grossesse publiées jusqu'à ce jour, au moins de toutes celles que des recherches, faites avec soin, nous ont permis de rassembler. Nous y avons ajouté les cas inédits que nous avons pu réunir. Un tableau d'ensemble, où toutes ces observations se trouvent résumées, permettra de se faire, d'un seul coup d'œil, une idée des résultats obtenus. Nous examinerons ensuite quelle a été l'influence de l'hystéropexie sur la conception, sur la gestation, sur le travail et sur les suites de couches, puis réciproquement l'action de la grossesse sur l'utérus antefixé.

De l'analyse des faits particuliers nous tâcherons de déduire des conclusions et nous nous formerons une opinion sur la meilleure technique opératoire à employer en vue des grossesses ultérieures.

Nous avons cru utile d'établir un parallèle entre les différentes méthodes curatives des déviations utérines, au point de vue de leur action sur la grossesse.

Dans un dernier chapitre nous dirons quelques mots des résultats que donne la ventrofixation pratiquée sur des utérus gravides. La rareté des observations nous obligera à traiter brièvement la question.

En terminant, qu'il nous soit permis d'exprimer un regret : dans les cas de grossesse que nous avons rassemblés nous aurions voulu noter chaque fois, avec soin : 1° les indications qui ont motivé l'intervention ; 2° le terrain sur lequel les lésions avaient évolué ; 3° le procédé opératoire employé ; 4° le résultat immédiat obtenu ; 5° le temps qui s'est écoulé entre l'opération et la conception, ainsi que le nombre et l'époque des grossesses ; 6° les phénomènes qui ont accompagné la gestation, l'avortement ou l'accouchement, puis la délivrance et les suites de couches ; 7° les modifications que la grossesse a fait ou non subir aux adhérences artificielles créées pour l'opération.

La chose ne nous a pas toujours été possible ; les renseignements nous ont manqué plusieurs fois.

HISTORIQUE ET BIBLIOGRAPHIE

L'historique de la ventrofixation de l'utérus a été fait d'une façon très complète par M. Marcel Baudouin dans sa thèse (Paris 1890), puis par M. Pozzi dans sa communication à la Société de Chirurgie (17 octobre 1888) et dans son Traité de gynécologie. Nous puiserons dans ces travaux si consciencieux les renseignements indispensables pour donner un aperçu très rapide du sujet et nous nous occuperons plus spécialement des publications qui ont trait à l'influence de la ventrofixation sur la grossesse et l'accouchement.

Le véritable créateur de l'hystéropexie fut un Français, Kœberlé, chirurgien de Strasbourg (1869). A une époque où Lister venait à peine de commencer ses recherches sur le traitement des plaies, qui devaient plus tard le conduire à la découverte de la méthode antiseptique, il ne pouvait être question de pratiquer une laparotomie dans le but unique de guérir une rétroversion utérine. Ce furent des exigences autrement sérieuses, telles que des accidents d'occlusion intestinale, qui décidèrent le chirurgien de Strasbourg à ouvrir le ventre de sa malade. Encore lui fallut-il un certain courage et « une belle confiance dans son expérience des opérations abdominales » pour tenter pareille intervention. Une fois le ventre ouvert et le diagnostic vérifié, Kœberlé (1869), par un véritable trait de génie, créa de toutes pièces « une méthode nouvelle appelée au plus grand avenir, car elle doit être considérée comme le point de départ de toutes les fixations artificielles

d'organes ». Pour guérir radicalement la rétroversion, il fixa le ligament large, d'un côté, par l'intermédiaire de la trompe et de l'ovaire, dans l'angle inférieur de l'incision abdominale, en sacrifiant l'ovaire de ce côté ; c'était une méthode indirecte de fixation de l'utérus ; mais les autres procédés en sont certainement dérivés et ne peuvent être considérés que comme des perfectionnements. Nous ne craignons pas d'insister sur ce point, étant donné que nombre d'auteurs, à l'étranger surtout, persistent à désigner l'hystéropexie abdominale sous le qualificatif d'opération d'Olshausen.

Il en fut de cette découverte comme de beaucoup d'autres ; elle passa complètement inaperçue en France, et dut revenir de l'étranger, après de longues années, pour éveiller la curiosité et susciter l'émulation. C'est à M. le Professeur Terrier que revient l'honneur d'avoir pratiqué, le 13 mars 1888, la première ventrofixation faite en France depuis Kœberlé.

Gaillard Thomas, gynécologiste américain, semble être le premier chirurgien qui sutura directement le corps de l'utérus à la paroi abdominale.

Enfin, les premières observations de grossesse après hystéropexie sont dues à MM. Routier (Thèse de Dumoret, Paris 1889 « Nouveau traitement chirurgical de la chute de l'utérus » et *Gazette des hôp. de Paris*, nov. 30, 1889, p. 1254), Küstner (Communication au Congrès des gynécologistes allemands. Fribourg 11-12 et 14 juin 1889) et Sanger (Communication au même Congrès).

En 1890, de nouveaux faits sont rapportés par M. Routier (2e fait) et M. Vlaccos (*Progrès médical*, déc. 1890).

La même année, M. Marcel Baudouin fait paraître sa thèse sur l'hystéropexie abdominale antérieure et les opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations utérines (Paris) : un chapitre y est consacré à l'étude de la grossesse chez les « hystéropexiées ».

A partir de 1891 les publications et les travaux sur ce sujet deviennent si nombreux que nous nous contenterons de les énumérer ; d'autant plus que la majeure partie seront analysés dans le courant de cette thèse, à propos des faits qu'ils rapportent. Nous les classerons par année, en disposant les noms d'auteurs par ordre alphabétique.

1891

1. Fraipont. Quelques nouveaux faits de grossesse après l'hystéropexie abdominale. *Annales de la Société Médicale et Chirurgicale* de Liège, tome XXXIII, p. 268-75. n° 4. trad. *Archives de Tocologie*, Paris, et *Centrabl. f. Gyn.* 1892, p. 263.
2. N. Flaischlen. « Zur ventrofixatio uteri » *Zeitsch. f. Geb. et Gyn.* tome XXII, p. 191.
3. Howitz und Meyer. Den operative Behaudling af Retrodeviationer af uterus. *Gyn. og. obstetrie.* Meddelelser, tome VIII, p. 192-215. Cité par Frommel's Jahresberitchen, p. 667.
4. Klotz. *Centrabl. f. Gyn.* p. 97 et 114.
5. Jacobs. *Bull. et Mém. de la Soc. Obstétrit et Gyn. de Paris*, déc. p. 23.
6. R. Labusquière. De la grossesse après l'hystéropexie. *Annales de Gynec. et d'Obst.* Août, p. 123.
7. G. Léopold. Ventrofixatio uteri und Schwangerschaft. *Centralbl. f. Gyn.* p. 317.
8. R. Olshausen. *Zeitsch. f. Geb. ü. Gyn.* tome XX, p. 230. Die Laparatomien der universitats-Frauenklinik in Berlin wahrendder 3 Jahre. 1 mai 1887-1890.
9. M. Sanger. Ueber Schwangerschaft nach conservativer ventrofixatio uteri retroflexi. *Centrabl. f. Gyn*, p. 305.
10. Sperling. Zehn weitere Falle von ventrofixatio uteri retroflexi *Deutsche. Medic. Wochenschr.* p. 179.

1892

1. Begouin. Contribution à l'étude de l'hystéropexie abdominale. Thèse de Bordeaux.

2. Rivière. « De l'hystéropexie et du raccourcissement des « ligaments ronds au point de vue obstétrical ». Communication à la Société d'obstétrique de Bordeaux, 14 juin.
3. Thiriar. Hystéropexie pour prolapsus utérin complet chez une femme enceinte de 3 mois. *Gazette de Gynécologie*, 15 mars 1892, p. 91.

1893

1. R. E. Bion. Resultate der ventrofixatio uteri. Communication Bern. 1893. p. 6. 8-11 et 60.
2. Currier *Centrabl. f. Gyn.* p. 324.
3. Edebohls. « Pregnancy after ventrofixahon of the uterus » transact. of the New-York obstretric. Soc. 1893. *New-York journ. gyn. and obstet.* IV, p. 696. trad. *Centrabl. f. Gyn.* p. 589 année 1894.
4. Napier et Schacht. *Brit. Méd. Journ.* oct. 1893.

1894

1. Bouffandeau. Thèse de Lyon « de l'hystéropexie abdominale par le procédé du docteur Laroyenne.
2. Goodwin. *Americ j. of. obstet.* p. 70.
3. Lamort. Thèse de Bordeaux « de l'influence comparée du raccourcissement de ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétrical ».
4. H. Léon. Thèse de Lyon « des résultats de l'hystéropexie abdominale antérieure au point de vue de la grossesse ».
5. H. Lohlein. « Ueber Schwangerschaft nach Hystéropexie. « *Deutshe Médic. Wochensch.* p. 241.
6. Van Hassel. Annal. Médico-chirurg. de Belg. juillet. *Archives de Tocol. et de Gyn.* Paris, décembre.
7. Discussion à la Société obstètr. et gyn. de Berlin, *Woch.* nº 23 p. 54-84.

1895

1. Berruyer. Thèse de Lyon « l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement des rétrodéviations utérines. Contribution à l'étude des résultats éloignés.

2. Condamin. *Province Méd.* n° 10 p. 907.
3. Duquaire. Thèse de Lyon « de l'hystéropexie abdominale antérieure comme traitement de certaines salpingites ».
4. R. Frommel. Zur operativen Behandlung der Retrodéviation des Utérus von der Bauchohle aus. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* tome 28, fascicule 2. p. 299 et 300.
5. Gouilloud. *Province Méd.* n° 10 p. 907.
6. H. Goubaroff. Dystocie due à une hystéropexie antérieure, ayant nécessité l'opération césarieune. *La Semaine médicale* n° 29 p. 245.
7. Joyeux. Thèse de Lyon. « Du traitement des prolapsus génitaux par l'hystéropexie abdominale antérieure.
8. Lamaud. Thèse de Lille. « Les différents procédés d'hystéropexie ».
9. Milander. Ventrofixation des utérus, Schwangerschaft und Querlage des Kindes *Zistchr. f. Geb. u. Gyn.* Suttgart. t, XXXIII p. 265-85.
10. Poltowicz. Rev. méd. de la Suisse Romande, n° 1 et 3. trad. *Centrâbl. f. Gyn.* p. 909 et 910.
11. Strassman, Verhaulungen der Gesellschaft fur Geburts und Gynak *anal. gynécologie*, avril 96 zu Berlin. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* t. XXXIII, p. 510-514.
12. Walton. « A propos d'hystéropexie abdominale intempestive ».
13. Congrès de Gynécologie de Bordeaux. Communications de Tedenat, Duret, Doléris Jeannel, Bouilly, Demons, Laroyenne, Binaud, Reynier.

1896

1. Bastianelli. Opérations pour les rétrodéviations utérines. *Annali di obstétrica et gynécologie* Fer. 90.
2. *British Gynœcol. Society.*, 21 march, 6 april. *Lancet* n°s XII et XVI. vpl. 1. n° 3786 et 3790. Communications des docteurs Mayo-Robson, Schacht, Alexander, etc.
3. Ill. Communication du 27 février à la Société Médicale de New-York.

4. Ch. Noble. Influence de la ventrofixation de l'utérus sur la grossesse et l'accouchement. *N. Y. Med. journ* 25 janv. *anal. gynécologie.* Paris, 15 avril.
5. Sanger. *Centrabl. f. Gyn.* nº 9. p. 1896, analysé dans le *Brit. Med. journal,* april. Plastic operation for prolapsed ovary.

NOMS	NUMÉRO DE L'OBSERVATION	Classement de la grossesse après l'opération	TOTAUX	TERMINAISON DE LA GROSSESSE — Avortement	Accouchement prématuré	Accouchement à terme	GROSSESSE EN COURS	PRÉSENTATION	ÉVOLUTION de la GROSSESSE	ÉVOLUTION de L'ACCOUCHEMENT	POSITION DES UTÉRUS — AVANT	APRÈS	OPÉRATIONS ET PROCÉDÉ D'HYTEROPEXIE	INTERVENTION OBSTÉTRICALE	REMARQUES
Sänger.....	1	1e	3	1		1		Sommet	Interruption hém. doul.	Artificiel	Rét. mob.	Antév. mob.	Procédé semi-direct de Sanger, (d'après Henri Léon) Czerny Léopold, (d'après Milander.)	version (1)	(1) Insuccès pessaire et de l'Alexander Unilatéral enfant mort.
	1	2e				1			Normale	Normal	Rét. mob.	Antév. mob.			
	2	1e				1									
Olshausen(Kaltembach.....	3	1e				1		Sommet Oreille	Normale Men. d'av.	Normal Artificiel	Rét. adh.	Antév. mob.	(3) procédé extra-péritonéal de Kaltembach. (4) Czerny Léopold. (5) Semi-direct d'Olshausen.	2 versions pod. (2)	(4) Défaut d'engagement, paroi utérine postérieure amincie.
Olshausen.....	4	1e	4			1						[2] Pers.des ad.			
»	5	1e				1									
	5	2e				1									
Klotz	6	1e	3			1			Normale	Normal		Pers. des ad.	Léopold et Klotz.		
	7	1e				1				»					
	8	1e					1			»					
Sperling (Léopold).	9	1e	2			1		Sommet	Normale	Normal		Pers. des ad.	Léopold.		
	10	1e				1		Sommet	»	»					
Léopold.....	11	1e	1		1			Sommet »		Artificiel		Antév. rel. des adhér.	Léopold.	Forceps (1)	Menaces d'asphyxie de l'enfant.
Baudoin.....	12	1e	2			1		Sommet	Normale	Normal	Rét. adh.	Pers. des ad.	Pozzy.		
	12	2e				1		»	»	»					
Vlaccos.....	13	1e	1				1								
Jacobs	14		8			1			Normale	Normal	Rét. adh. douleurs	Pers. des ad.	Une seule suture de fixation au crin de Florence.		
	21					7			»						
Gottshalk	22	1e	3	1					Interruption		Rét. mob. tumeur ovarique		Le fond de l'utérus et le corps fixés par deux points de suture temporaires dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.	Rupture des adh. sous le chloroforme	Amincissement de la paroi postérieure de l'utérus.
	22	2e							Interruption						
	22	3e		1		1			Normale						
Fraipont (von Winiwarter).....	23	1e	4			1	1		doul. légères		Rét. kys. ova.	*Réc.* pessaire	Le fond de l'utérus et le corps fixés par 2 points de suture à la soie.		(24) Insuccès d'un pessaire, mauvais traitements ayant déterminé l'accouchement prématuré. (25) Insuccès d'un pessaire.
	24	1e			1				Douleurs	Hémorrhagie délivrance	[1] Rét. m. ov.p.	Antév. mob.			
	24	2e					1				Rét. doul.		Un seul point de suture transversal (de fixation) à la soie.		
	25	1e				1			Normale	Normal	kyste ovariq.	Pers. des ad.			
Flaischlen.....	26	1e	2	1						Artificiel			Utérus fixé dans la plaie par deux points de suture à la soie, Suture comprenant le fond de l'utérus.	Version (3)	
	27	1e				1		pr. trans.							
Lohlein.....	28	1e	2			1			Vomissem.			Antév. mob.	Utérus fixé par sa partie supérieure au moyen de 2 points de suture de chaque côté.	Forceps (2)	
	29	1e				1						Antév. mob.			
Edebohls.....	30	1e	6			1							Ventrofixation par 3 sutures inclinées au crin de Florence, Opération d'Alquié Alexander, ovariotomie, trachélotomie, néphrorrhaphie, périnéorrhaphie. Hystéropexie Alquié Alexander, double colporrhaphie curettage.		(31) Perforation de l'utérus au cours du curettage, (32) Morte pendant sa grossesse d'une affection cardiaque.
	31						1								
	32	1e				3									
	33	1e													
Howitz-Meyer...	36	1e	1			1			Normale	Normal		*Récidive*	Fix. du fond de l'ut. au niv. de l'in. abd. abl. des ann. d'un côté.		
Bion.....	37	1e	3			3			Normales	Normaux			Léopold Czerny.		
	39	1e										Pers. des ad.			
Currier.....	40	1e	1			1			Normale.	Normal	Rétroversion	Pers des ad.	Ovariotomie (Laroyenne).		Cas d'insuccès de la méth. de Schultze.
Condamin.....	41	1e	1			1			Douleurs	Normal		Pers. des ad	Ablation des annexes gauches (Laroyenne).		
Gouilloud.....	42	1e	3			1						Pers. des ad.	Ablation des annexes gauches (Laroyenne). (Laroyenne).		
	44	1e				2						Pers. des ad.			
Bouffandeau....	45	1e	4	1					Interruption	Normal	Rétrov. fixée		Ablation des annexes gauches (Laroyenne), avivement de la face antérieure de l'utérus, fils de calgut.		Fausse couche à la suite d'un effort.
	45	2e				1			Normale	»					
	45	3e				1			Normale	»		Pers. des ad.			
	46	1e				1			Normale		Rétroflexion	Pers. des ad.			
H. Léon.....	47	1e	1	1					Interruption			Pers. des ad.	Laroyenne	Déliv. artificielle	
TOTAUX....		6.2e 2.3e	55	6	2	42	5					2 récidives.		3 versions 2 forceps	

L'exagération de certaines abréviations a été nécessité par la mise en page.
Voici la signification de quelques unes [1] Rét. m. ov. p. = rétroversions mobile, oxaires prolabés.
[2] Pers. des ad. = persistance des adhérences.

NOMS	N° des observations	Classement de la grossesse par rapport à l'opération	TOTAUX	TERMINAISONS DES GROSSESSES — Avortement	Accouchement prématuré	Accouchement à terme	GROSSESSES EN COURS	PRÉSENTATIONS	ÉVOLUTIONS de la GROSSESSE	ÉVOLUTION de L'ACCOUCHEMENT	POSITION DES UTÉRUS — AVANT	POSITION DES UTÉRUS — APRÈS	OPÉRATION ET PROCÉDÉ D'HYSTEROPEXIE	INTERVENTION OBSTÉTRICALE	REMARQUES
		6-2e	55	6	2	42	5					2 récidives		3 versions	
Report.....		2-3e												2 forceps	
Jeannel.....	48	1e	1			1			Normale	Normal			Hystéropexie indirecte (Kœberlé), castration unilatérale.		
Chaput.....	49	1e	1			1			Normale	Normal	Rétroflexion		Hystéropexie type.		Envies assez fréq. d'ur. pend. la march.
Slavianski.....	50	1e	1			1			Normale	Normal					
Pinard.....	51	1e	1			1			Normale	retd de l'eng.		pers. des adh.	(Terrier).		
Bar.....	52	1e	1			1			Douleurs	légère hem. de la délivr.	Rétroflexion	pers. des adh.	Hystéropexie, par M. G. Marchand (Terrier).		
Routier.....	53	1e	4			1					Rét. adh.	pers. des adh.	Ablation de l'ovaire droit, fixation du pédicule dans la plaie abdominale et hystéropexie directe.		
	53	2e				1									
	54	1e				1									
	54	2e				1	5				Rétroflexion	*Récidive* (3)	Un simple fil de catgut fixateur.		
Sinclair.....	55	1e	4	1		1					Rét. adh.		Huit points de suture à la soie et au catgut.		(55)Insuccès de la méthode de Schultze, un peu de cystite, fausse-couche de 3 m. pend. une affection grippale. Élargissement de la cicatrice
	55	2e													
	55	3e					1								
	56	1e					1				Rétroflexion				
Poltowicz.....	57	1e	3			1				Artificiel			3 points de suture à la soie fixant le fond et toute la face antérieure de l'utérus à la plaie abdominale.	Forceps (6)	
	58	1e				1				Artificiel				Forceps (4)	
	59	1e				1				Artificiel				Opér. césarienne (1)	
Frommel.....	60	1e	1			1		Siège mode pds.		Art. hémorr. de la déliv.	Rét. adh.	Relt. des adh.	Léopold.	Version (4)	(56) Élargissement de la cicatrice
Gubaroff.....	61	1e	1			1		Épaule.		Artificiel		Pers. des adh.	Utér. fixé par son fond au moy. de 3 sut. au cr. de Flor. (K).	Opér. césarienne (2)	
Milander.....	62	1e	2			1		Sommet		lég. hémorr. de la dél. art.	Rét. interne	Relt des adh	(Küstner).	Version (5) man. de Crédé	
	63	1e				1		Épaule			Prolaps. total	Antev. mob	(Küstner) Colporrhaphie double.		
Van Hassel.....	64	1e	1				1				Rét. adh.		Procédé Jacob, 2 fils de soie travers. le fond de l'ut. soit d'une traite en faufilé, soit perdus dans l'ép. de la paroi abdominale.		Dyspareunie.
Leith Napier....	65	1e	5			1					Rétroflexion ov. prolabés	Pers. des adh.	3 sutures perdues à la soie stérilisée.		
	65	2e				1									
	65	3e					1								
	66	1e				1									
	67	1e		1											
Schacht.....	68	1e	2	1					Interruption normale			Pers. des adh.	Castration mulatérale, procédé anal. à celui de Leith Napier.		Appl. d'un pessaire avant l'avort.
	68	2e					1								
Roux.....	69	1e	1			1					Rét. mobile ov. prolabé	Pers des adh.	4 fils de catgut dont un passe derrière le fond de l'utérus.		
Abel.....	70	1e	1			1				Artificiel	Rétroflexion	Pers des adh.	Amputation du col et hystéropexie.	Opér. césarienne (3)	Inertie enfant asphyxié
Bastianelli.....	71	1e	3			1						Ant. mobile	Suture du fond des cornes et de la face antérieure de l'utérus avec des fils de soie.		
	72	1e				1									
	73	1e				1									
Braitwaite	74	1e	2	1								Pers des adh.			
	75	1e				1									
Wegner, Strm...	76	1e	2			1				Artificiel			Suture de l'utérus au périoste de la symphyse pubienne. (Duhrssen).	Artificiel ?	
Duhrssen, Stm...	77	1e				1				»				Forceps (5)	
Auteur.....	78	1e				1		Sommet		Artificiel	Rét. doul.	Pers des adh.	Ablation des annexes d'un coté utérus fixé par 3 sutures perdues à la soie.	Forceps (6)	
	79	1e				1		»		normal	Rét. mobile	»			
	80	1e		1				»	Interrupt.		doul. rét. ad.	»	(Richelot).		
	80	2e	7					»			Rétroflexion	»	(Richelot).		
	81	1e					1	»	Douleurs	Hémorrhagie	Rétrodéviat.	»	(Routier).	Ergotine	(81) mictions fréquentes, tenesme vésical insuccès du massage.
	82	1e				1		»		normal	Rét. adh.	»	(Terrier).		
	83	1e			1			»	Interrupt.			»	(Richelot).		(83) Accès mortel d'éclampsie
		12.2e 4.3e	99	11	3	73	11					3 récidives		5 ver. 6 forceps 3 opér. césariennes	

HYSTÉROPEXIES ÉXÉCUTÉES CHEZ DES FEMMES ENCEINTES

NOMS	NUMÉROS	NOMBRE	AVORTEMENT	ACCIDENT PRÉMATURÉ	ACCIDENT A TERME	GROSSESSE EN COURS	PRÉSENTATIONS	ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE	ÉVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT	POSITION DES UTÉRUS AVANT	POSITION DES UTÉRUS APRÈS	OPÉRATIONS PROCÉDÉ D'HYSTÉROPEXIE
Küstner (Baudouin)	84	1	1									Ablation d'un *fibrôme* (Küstner).
Howitz-Mayer.....	85	1			1		sommet	normale	normal		persist. des adhérences	Fixation de l'utérus par son bord gauche et castration *bilatérale*.
Thiriar.....	86	1				1						Fixation par 3 fils de Calgut. Avivement de la face *antérieure de l'utérus* (Thiriar).
R, Belin.....	87	1				1				prolapsus		Terrier.
de Malsherbe.....	88	1				1				prolapsus		
		5	1		1	3						

Ill a communiqué 3 cas d'accouchements normaux après hystéropexie. (*New-York Méd. Soc.* 27 fév. 1896.)
Guérard a rapporté un cas de dystocie (forceps chez une femme hystéropexiée. (*Centralb. f. Gyn.* 16 mai 1896.)
Ces faits sont venus trop tard a notre connaissance, pour que nous puisslons les étudier dans cette thèse.

I. — Conception.

La première constatation qui s'impose est la suivante : la ventrofixation permet la conception.

Il est plus difficile d'apprécier d'une façon rigoureuse dans quel sens favorable ou défavorable cette opération l'influence ; on y parviendrait, au moins approximativement, malgré la somme d'aléa inévitable dans une pareille recherche, si bien des données utiles ne manquaient pas. En effet, dans les observations, les accouchements antérieurs à l'hystéropexie sont souvent passés sous silence et il n'est question que de ceux qui l'ont suivie. Les statistiques indiquant le nombre de femmes devenues enceintes, sur le total des opérées d'un chirurgien, sont rares et n'ont pas grande valeur ; d'abord elles n'embrassent qu'un nombre trop restreint de faits et puis toutes les patientes ne sont pas revues ; aussi bien, il aurait fallu exclure dans le compte des opérées celles que leur âge ou l'ablation totale des annexes mettaient dans l'impossibilité de concevoir. On n'a pas pris, non plus, en général, le soin de relever les cas où des femmes désireuses d'être mères ne le sont devenues qu'après l'opération, et sans doute, grâce à elle. Nous sommes heureux d'apporter à ce sujet un fait assez démonstratif, celui de notre observation n° 78.

Une femme mariée depuis un an, qui désirait beaucoup un enfant, est opérée le 3 février 1894 ; 4 mois après l'hystéropexie, pour la première fois depuis son ma-

riage, les règles manquent et elle accouche à terme le 24 mars 1895.

Et de fait, *à priori*, il semble que l'hystéropexie doive avoir l'influence la plus heureuse sur la conception.

« La stérilité est la règle dans l'antéflexion et dans la rétroversion ; elle succède habituellement à la rétroflexion », écrit Pozzi dans son traité de 1892. On a fourni, à propos de cette constatation reconnue exacte par la plupart des gynécologistes, de nombreuses explications ; les uns incriminent le défaut de perméabilité de l'utérus ; d'autres, les troubles de circulation concomitants ou les troubles nerveux réflexes si accusés chez certaines femmes ; d'autres, enfin, la métrite qui accompagne presque toujours les déviations dont elle est l'origine le plus souvent. Or, la ventrofixation redresse l'utérus et fait disparaître toutes les causes d'avortement, même la métrite, qu'elle permet de soigner efficacement par les procédés usuels.

Il faudrait citer presque toutes les observations si nous croyions utile d'appuyer notre dire par des faits.

Contentons-nous d'un seul exemple. Revenons à la femme M. R. (Observ. 78, auteur). Avant l'opération, cette malade présentait le syndrome utérin presque au complet : règles douloureuses, irrégulières, avec rétention partielle du sang menstruel et expulsion de ce reliquat dans l'intervalle des époques, sous forme d'un liquide noir et visqueux, au milieu de véritables coliques utérines ; puis maux de reins très accusés ; sensation très pénible de pesanteur au périnée, qui forçait la malade à s'asseoir sur tous les bancs rencontrés le long du chemin, etc. Après l'opération ces symptômes disparaissent : plus de dysménorrhée, la femme peut aller et venir, c'est tout au plus si elle conserve une légère sensibilité au niveau de la cicatrice, sensibilité qu'une ceinture abdominale bien faite aurait sans doute très atténuée ou supprimée.

Il faut aussi parler de ce qu'on a désigné sous le nom

de dyspareunia ou dyspareunie, c'est à-dire de la douleur déterminée par les rapports conjugaux, dans les cas de déviations utérines ; souvent cette douleur est très prononcée et les femmes préfèrent la continence absolue. Or l'opération atténue ce symptôme d'une façon marquée et fréquemment le fait disparaître.

Nous en trouvons un exemple dans l'observation n° 64 de Van Hassel : « Avant l'opération, les rapports conjugaux sont si douloureux, nous dit-on, que la malade refuse de s'y prêter » : or nous voyons cette femme devenir enceinte après l'opération.

Une observation de Spaeth, rapportée dans la thèse de Berruyer (Ob. XXXI, p. 125), mentionne également la possibilité, après l'opération, de la reprise des rapports conjugaux que la douleur interdisait auparavant.

Le Professeur Mayo-Robson (Leeds) a déclaré avoir constaté chez plusieurs de ses opérées un résultat analogue.

En somme, sans avoir de statistique qui, en pareil cas, manquerait forcément de précision, on peut affirmer que, loin de rendre impossible la conception, l'hystéropexie la favorise très souvent.

II. — Grossesse.

L'évolution de la grossesse chez les opérées a servi de thème aux principales critiques que l'on a dirigées contre l'hystéropexie.

Küstner dit : « si l'on fixe à la paroi abdominale l'utérus d'une femme en âge d'avoir encore des enfants et si cette femme devient enceinte, les adhérences empêchent le développement ultérieur de la matrice, elles sont tiraillées et la fausse couche devient inévitable ».

Gottschalk, frappé de ce qu'il a constaté chez sa malade qui a fait deux avortements successifs, signale un nouveau danger : « la paroi antérieure de l'utérus fixée à l'abdomen ne peut se développer comme dans le cas d'un utérus libre. La paroi postérieure se distend pour remédier à ce défaut de développement, s'amincit d'une façon exagérée, et une rupture utérine peut se produire. »

Mais il faut que Gottshalk explique les cas d'accouchement à terme ; aussi, écrit il : « En règle générale, la grossesse n'est pas interrompue ; la croissance progressive de l'utérus gravide force bientôt les adhérences de sa paroi antérieure avec la paroi antérieure de l'abdomen ; et c'est ainsi qu'on s'explique que la gestation puisse continuer.

Un autre chirurgien Rivière nous dit : « La grossesse après l'hystéropexie peut très bien aller jusqu'à terme, parce que, sous l'influence de la grossesse, les adhérences utéro-pariétales sont susceptibles de s'allonger assez pour permettre à la grossesse d'aller à terme ; mais on comprend que cette allongement ait des limites ; on comprend

surtout, que dans certaines circonstances, il ne puisse suffire et que, plus ou moins tôt, se produise soit un avortement, soit un accouchement prématuré. »

C'est, on le voit, un véritable dilemne dans lequel on prétend enfermer l'hystéropexie.

Ou bien le résultat opératoire est conservé, la fixation de l'utérus se maintient intacte et la grossesse ne peut évoluer normalement jusqu'au terme, mais se termine par un avortement; ou bien, le bénéfice de l'opération est détruit, les adhérences cèdent et la grossesse peut évoluer. Ce raisonnement, s'il était exact, entraînerait la condamnation sans appel de la ventrofixation. Pour le réfuter, il suffit de trouver un seul fait d'accouchement à terme postérieur à une hystéropexie, dans lequel l'utérus soit resté en antéversion. Nous n'avons que l'embarras du choix; citons entre autres : l'observation de Jacobs, (14e) de Baudouin (12e) de Fraipont (25) celles de Bion (37-39), de Currier (40), etc.

Les résultats analogues deviendront la règle générale, c'est du moins notre conviction, quand on aura modifié la technique opératoire suivant les indications données pour la première fois par Sinclair et après lui par Laroyenne, Pozzi, Gubaroff et Milander. Nous les exposerons plus loin; contentons-nous, pour le moment, de rappeler les observations bien concluantes, à cet égard, de MM. Laroyenne (41-42, etc.), Pinard (51), Bar (52), et Chaput (49).

Quant au danger signalé par Gottshalk, la rupture utérine, on l'évitera par les mêmes moyens, et, dès l'instant, il est bon de dire qu'on ne l'a jamais observée.

Avortement.

Etudions maintenaant les cas d'avortement pour voir quelle part revient à l'hystéropexie dans leur genèse. Ils sont au nombre de 11. Nous voudrions pouvoir éliminer tous ceux qui n'ont pas été produits par l'opération; mais

s'il est souvent possible, en clientèle, de démêler les causes d'une fausse couche, la même recherche est, comme on le sait, infructueuse la plupart du temps, à l'hôpital. Pourtant, dans deux observations la ventrofixation est manifestement étrangère à l'avortement.

Une femme (Obs. n° 45 Laroyenne) a fait sa fausse couche à la suite d'un effort ; une autre (obs. n° 55 Sinclair) a eu après l'opération une première grossesse normale ; ce qui enlève toute signification à la fausse couche survenue, d'ailleurs, au cours d'une affection grippale. Deux autres cas, ceux de Laroyenne (47) et le nôtre (80) sont des avortements de quelques semaines ; or, il est difficile d'établir la part qui revient à la ventrofixation dans l'interruption de la grossesse à son début ; la gestation peut, à cette époque, être influencée défavorablement de bien des façons. Il reste sept autres faits d'avortement. Nous manquons malheureusement de renseignements sur ceux de Flaischlen (26), de Braitwaite (74) et de Leith Napier (67). Dans l'observation de Schacht (n° 68) nous voyons qu'on plaça un pessaire par surcroît de précaution, après l'hystéropexie ; or, sans vouloir attribuer uniquement à cet appareil la fausse couche, il convient de rappeler que les pessaires ont occasionné 16 fois 0/0 l'avortement à Berlin, dans la statistique de la policlinique de la Charité rapportée par Strassmann. (Zeitsc. f. Geb. u Gyn. XXXIII. 1895).

Par contre, dans les deux faits de Gottshalk (22) l'avortement semble bien être le résultat de la ventrofixation, car il est survenu deux fois, successivement, chez une même femme qui, avant d'être opérée, avait accouché par trois fois normalement. De plus, on sait que la patiente redevint enceinte une sixième fois et conduisit sa grossesse à terme, quand Gottshalk eût déchiré, sous le chloroforme, les liens de fixation de l'utérus.

Pendant l'examen pratiqué au cours de l'intervention, ce chirurgien constata que la paroi postérieure de la matrice

et le fond (du moins la partie qui constituait ce fond) étaient considérablement amincis, tandis que la paroi antérieure tout entière n'avait subi aucune modification dans son épaisseur. Cette constatation prouvait, non pas la défectuosité de l'hystéropexie, en général, comme le pensa Gottshalk, mais celle du procédé employé. Ce chirurgien fixait l'utérus par son fond, au moyen des deux points de suture les plus inférieurs, servant à fermer la plaie abdominale, et déterminait ainsi une antéflexion à courbature très accusée. Il retirait ses fils de soie au quinzième jour ; ce qui constituait une source possible d'infection et d'irritation. La position donnée à l'utérus pouvait suffire à expliquer l'avortement ; si fréquent, pour le même motif, chez les femmes opérées par la vagino fixation (vingt-sept, 2 pour cent statistique de la policlinique de Berlin, Strassmann, déjà cité.)

Un dernier fait d'avortement, celui de Sanger, vient encore confirmer l'opinion qui consiste à voir, dans la fixation du fond de l'utérus, une cause d'interruption de la grossesse. Il n'a pas été rangé dans la catégorie des accouchements prématurés, bien que survenu au sixième mois de la gestation, parce que l'enfant mort et macéré avait les dimensions d'un fœtus de trois mois. L'opération avait immobilisé (1) toute la paroi antérieure de l'utérus, une partie du fond et des parois latérales par trois sutures placées de chaque côté, au niveau de l'insertion des ligaments langes, et on comprend, suivant la remarque d'Henri Léon, les difficultés qui étaient créées à l'expansion progressive de l'utérus. Le relâchement des adhérences permit à cette femme de conduire à terme une deuxième grossesse.

Nous verrons qu'on peut pratiquer la ventrofixation de façon à ne pas gêner ou, du moins, à ne gêner que, d'une

(1) Thèse de Henri Léon. loc. cit.

façon insignifiante et inoffensive, le développement de l'utérus gravide.

Accouchement prématuré.

L'accouchement prématuré s'est produit seulement trois fois, et jamais, semble-t-il, du fait de l'hystéropexie.

On peut ne pas tenir compte du cas de Léopold où l'époque du terme n'a été devancée que d'une ou deux semaines.

Le fait que Fraipont a rapporté s'explique par des mauvais traitements infligés à la femme par son mari.

Le troisième cas, celui de notre patiente, femme A., (obs. 83) est certainement étranger à l'hystéropexie et entièrement tributaire de l'éclampsie.

On peut se demander comment l'emploi de procédés opératoires défectueux n'a pas toujours eu des suites fâcheuses, au point de vue de la grossesse ; plusieurs explications sont acceptables : l'hypertrophie des segments non fixés de l'utérus et leur extension ont été suffisantes pour permettre au produit de la conception de se développer normalement ; ou bien les adhérences se sont elles-mêmes hypertrophiées, ainsi que les parties fixées et tous ces tissus ont ensuite subi l'involution, après l'accouchement, de sorte que le résultat opératoire a été conservé ; telle est, à peu près, l'opinion de Lohlein ; cet auteur admet qu'avec l'augmentation de l'afflux sanguin, pendant la grossesse, la dilatabilité et la souplesse des adhérences augmentent. Il a été à même de constater que les liens de fixation participent incontestablement à l'involution puerpérale, comme les ligaments larges et utéro sacrés.

Dans des dissections minutieuses faites sur des puerpérales, MM. Bounaire et Demmelin ont pu s'assurer (Demmelin, thèse de Paris, 1892) que, sous l'influence de la grossesse et de l'accouchement, le tissu conjonctif interposé entre l'utérus et la vessie était considérablement

ramolli et relâché, tellement que, chez certaines femmes mortes en couches, cette adhérence n'existe pour ainsi dire plus, et que le péritoine descend au contact du cul-de-sac antérieur du vagin.

Une action semblable s'exerce parfois sur les brides et les cicatrices de la périmétrite. M. Gouilloud a signalé au Congrès de chirurgie (1895) les heureux effets que pouvaient avoir la grossesse sur les fausses membranes, reste de la guérison d'annexites anciennes.

Ces remarques portent sur des tissus de même nature et permettent de penser que des modifications identiques se produisent du côté des adhérences créées artificiellement.

Relâchement des adhérences.

Dans d'autres cas, enfin, il s'est produit un relâchement durable des adhérences. Les faits de cet ordre, il convient de le reconnaître, sont assez nombreux ; mais, les conséquences n'ont pas été aussi fâcheuses qu'on a voulu le dire, et, dans la plupart des cas, l'utérus est resté en antéversion ; citons, comme exemples, les observations de Sanger (n° 2), d'Olshausen (n° 3), de Léopold (n° 11), les 2 cas de Lohlein les observations de Frommel (n° 60), de Milander (n° 62 et 63), etc. Trois fois seulement il y a eu récidive de la rétroversion : de Von Viniwarter (obs. n° 23), de Routier (n° 54), Howitz Meyer (n° 36). La récidive était peu prononcée dans le cas de Von Vinwarter.

Cherchons à nous rendre compte du mécanisme de ce relâchement des adhérences et de la production des récidives. La question est complexe ; le procédé opératoire a parfois une action prépondérante ; les adhérences créées par lui peuvent manquer de solidité ou bien gêner, comme nous l'avons vu, l'expansion de l'utérus gravide dans ces conditions, elles supportent des tractions trop énergiques et finissent souvent par céder.

D'autresfois, les femmes se lèvent trop tôt ; ou bien,

c'est la grossesse qui succède trop vite à l'opération, quand le tissu des adhérences n'a pas eu le temps de s'organiser complètement et d'acquérir sa consistance définitive.

De plus, les causes, qui ont déterminé une première fois la déviation utérine, peuvent produire la récidive, en agissant de nouveau ; par exemple, les métrites, surtout les métrites puerpérales; soit qu'on les ait insuffisamment soignées, soit qu'il y ait eu à nouveau infection. Très fréquemment, c'est l'état diathésique de la femme qu'il faut incriminer. M. Keiffer a bien mis en lumière ce fait déjà connu dans sa communication au congrès de Bordeaux (1895). « Les déviations utérines autour de l'axe pelvien et les divers degrés de prolapsus génital se rencontrent, a-t-il dit, à la suite de certaines affections qui entraînent une altération dégénérative des tissus, et particulièrement de la fibre musculaire, mais aussi du tissu graisseux, du tissu conjonctif et des muqueuses, pour que, lors même d'une guérison de la maladie générale, ces tissus ne reprennent pas leur intégrité fonctionnelle primitive; les déviations utérines une fois réalisées au premier degré, ne peuvent que s'aggraver. C'est en raison de ce mécanisme à action progressive que la plupart des procédés opératoires donnent des résultats illusoires. Il existe un terrain spécial pour la déviation utérine ; un seul fait le prouve ; c'est la persistance, pendant de longues années, des rapports utérins normaux, malgré des déchirures perinéales très profondes chez les femmes qui n'ont pas eu les maladies que je viens de mentionner. »

Mais M. Keiffer n'a envisagé qu'un cas particulier ; il a passé sous silence une catégorie beaucoup plus nombreuse de malades, qui possèdent cette diathèse de naissance. Ce sont elles que notre maître, M. le professeur agrégé Richelot, désigne sous le nom d' « arthritiques nerveuses. » Chez ces malades, les affections des voies

génitales sont particulièrement tenaces et rebelles au traitement ; les métrites n'en finissent pas ; les symptômes douloureux et nerveux revêtent une intensité excessive et tout à fait disproportionnée avec les lésions existantes ; la dyspareunie est ordinairement très accusée. Ces femmes sont sujettes aux ptoses de toute espèce. Les hernieux héréditaires, dont parle M. le professeur P. Berger dans le *Traité de Chirurgie*, appartiennent à la même famille, Chez eux, parfois, ces ptoses et les hernies récidivent quoiqu'on fasse et malgré les opérations les mieux exécutées.

La femme de l'observation de Edebohls (n° 30) rentrait évidemment dans cette classe ; on se souvient des nombreuses interventions qu'elle dut subir : ventrofixation, opération d'Alexander Adams, ablation d'un ovaire, curettage, néphrorrhaphie et périnéorrhaphie.

Toutefois, il faut que la diathèse soit très accusée pour que le résultat de l'hysteropexie ne se maintienne pas, au moins, dans une mesure suffisante pour rendre la vie tolérable aux malades, et leur permettre de vaquer à leurs occupations.

Parmi les différents procédés, c'est à cette opération que M. Keiffer accorde la préférence, malgré les réserves qu'il a formulées, et c'est toujours à elle qu'il faudra recourir, quand on aura affaire aux malades dont nous venons de parler, surtout lorsque ces femmes n'auront ni le temps, ni les moyens, d'améliorer leur état général.

La récidive peut encore survenir quand, au moment de l'opération ou après la grossesse, on ne s'est pas rendu compte de l'état de la vulve, du vagin et du périnée.

Les adhérences créées artificiellement par la ventrofixation agissent à la façon des ligaments utérins. Ceux-ci ont surtout pour but de maintenir en direction l'axe de la matrice ; leur rôle de soutiens n'est qu'accessoire, malgré l'importance que Kiwish Savage et Hergott ont, à ce point de vue, attribuée aux ligaments utéro-sacrés.

L'organe de soutien par excellence, suivant l'opinion universellement admise, est le plancher pelvien. On a comparé, avec raison, le prolapsus utérin à une hernie et, dans cette hernie vulvaire, il importe moins de fixer l'organe hernié, que d'oblitérer l'anneau et le trajet, et de restaurer la paroi. Mais, ici, l'anneau est constitué par la vulve et par le vagin, qu'on ne peut même cloisonner, sans inconvénient pour l'accouchement. On se contentera de réduire leurs dimensions.

La paroi est formée par le périnée qu'on devra reconstituer, s'il est insuffisant ou déchiré.

La nécessité des colporraphies et des périnéorrhaphies s'impose donc, toutes les fois que la vulve s'est agrandie, si peu que ce soit ; autrement, le vagin ne tardera pas à prolaber, et l'utérus, imparfaitement maintenu, exercera des tractions trop fortes sur les adhérences, qui se laisseront étirer. Il en résultera un certain degré de prolapsus et la récidive des déviations : cela, d'autant plus rapidement, que les adhérences seront incomplètement organisées ou ramollies par la puerpéralité.

Douleurs au niveau de la cicatrice.

Dans plusieurs observations : Sauger (1), Fraipont (24), Condamin (41), Bar (52), femme M. auteur (81), etc., on a noté, pendant la grossesse, des douleurs au niveau de la cicatrice. Les patientes souffrent parfois beaucoup ; elles éprouvent, même quand les adhérences ne cèdent pas, une véritable sensation de déchirement (femme M), qui les force à prendre le lit. Il semble qu'on arrivera à supprimer ces douleurs par les moyens, que nous avons signalés plus haut, pour empêcher le tiraillement des adhérences. En outre, dans le but d'éviter la pression de la masse intestinale sur l'utérus fixé, il sera bon de faire porter aux femmes une ceinture leur maintenant le ventre. Cette précaution devra être prise

dès le début de la grossesse, et même aussitôt après l'opération. Il ne faudra pas serrer cette ceinture d'une façon exagérée. On la fera retirer dans le lit, où son action est plutôt nuisible. Si les femmes souffrent malgré ces précautions, on pourra les tenir couchées pendant un certain temps, mais, en évitant le décubitus dorsal qui est indiqué par certain auteurs comme une cause de rétroversion.

On voit donc, en résumé, que le nombre des avortements est peu considérable chez les opérées. C'est la conclusion formulée par Strassmann (déjà cité), il rapporte une statistique de Warde, qui donne 2 avortements sur 24 conceptions. Ce nombre diminuera encore, selon nous, quand tous les chirurgiens éviteront de fixer le fond de l'utérus.

D'un autre côté, l'hysteropexie remplit bien son but, qui est de maintenir réduite la déviation de l'axe utérin.

Enfin les douleurs éprouvées par des opérées pendant la gestation n'ont qu'une importance secondaire en regard des avantages obtenus.

Nous trouvons la confirmation de cette manière de voir dans la conduite de certains chirurgiens qui, après toute castration bilatérale ou unilatérale, pratiquent, de parti pris, l'hystéropexie, pour éviter les douleurs que l'on rencontre à la suite de la salpingectomie. (Chavin, thèse de Paris, 1896.

III. — Accouchement.

Parmi les phénomènes de dystocie qu'ont offerts plusieurs opérées, les présentations vicieuses et l'insuffisance des contractions utérines ont motivé un nombre d'interventions assez notable. Sur quatre-vingt-dix-neuf grossesses on trouve mentionnés cinq versions, six forceps et trois opérations césariennes. Dans le cas de Wegler, le genre d'intervention n'est pas indiqué.

Examinons ces troubles ; étudions successivement leur nature, leur fréquence et leurs causes pour nous rendre compte s'il est possible de les atténuer, ou même de les faire disparaître.

Présentations vicieuses.

L'observation Olshausen (n° 4) nous fait connaître une présentation inclinée du sommet (oreille), qui nécessita une version podalique pour extraire l'enfant. Trois fois, on a noté des présentations de l'épaule. Nous croyons utile de rappeler les passages importants de ces observations.

Dans le cas de Flaischlen (observ. n° 27), la malade, âgée de 35 ans, devenue enceinte après l'opération conduisit sa grossesse à terme mais, il y eut une présentation transversale et le travail se prolongea longtemps. Une sage-femme fit la version podalique, probablement un peu tard, et ne put extraire qu'un enfant mort. Les

diamètres de la tête de l'enfant, les dimensions du bassin de la mère et l'état de ses tissus ne furent pas notés.

Le deuxième cas est rapporté par Gubaroff (observ. n°61) qui essaya de modifier la présentation au moyen de la version par manœuvres externes. Il obtint un succès partiel ; mais, malgré les précautions prises, le résultat ne se maintint pas. L'absence de dilatation du col empêchait de recourir à un autre procédé de version. Les bruits du cœur, qui commençaient à devenir irréguliers, décidèrent Gubaroff à intervenir. Il pensa d'abord qu'il pourrait se borner à faire la laparotomie et à rompre les adhérences pour redresser l'utérus et hâter le travail, mais ces adhérences étaient très solides et très vasculaires ; leur rupture détermina une forte hémorrhagie, et Gubaroff dut recourir à une opération césarienne ; il put extraire l'enfant vivant. La patiente, âgée de vingt-trois ans, était primipare, son bassin était normal, les parois de son abdomen n'étaient pas relâchées, les dimensions de la tête de l'enfant étaient plutôt au-dessous de la normale.

Le troisième cas se trouve dans l'observation n° 63 de Milander. Ici aussi, la face antérieure de l'utérus était fortement adhérente à la paroi abdominale. La matrice ne remontait qu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et c'était la paroi postérieure qu'on sentait à ce niveau ; le fond se trouvait à deux centimètres au-dessous de l'ombilic, comme on pouvait s'en rendre compte par la position des ligaments ronds, perceptibles par le palper, à travers le plan musculo-aponévrotique de l'abdomen.

Le travail se prolongeant, Milander dut achever la dilatation avec la main et put extraire l'enfant vivant par la version podalique. La mère était âgée de 42 ans et avait eu de nombreux accouchements, mais les parois de son abdomen avaient conservé une tonicité normale. Tous ses autres enfants étaient nés en présentation du sommet.

Les diamètres de son bassin mesuraient les longueurs suivantes : diamètre bis-iliaque antérieur 26 cent. ; bis-iliaque médian 29 cent. 1/2, bi-trochantérien 31 cent. et diamètre de Baudelocque 20 cent. L'enfant avait 48 cent. de longueur et pesait 3.300 gr. ; les diamètres de sa tête étaient les suivants, 8 1/2, 9 1/2, 11 1/2 ; son tour de tête mesurait 34 cent.

Quand on passe en revue, dans les livres classiques, les causes que les auteurs attribuent à la présentation transversale, on n'en trouve guère qu'une seule, le vice de conformation de l'utérus, qui explique la position défectueuse de l'enfant chez les deux dernières femmes ; leurs tissus étaient bons, leurs bassins normaux et les enfants peu volumineux ; mais, toutes deux avaient été opérées par le professeur Kustner, dont la technique consiste à fixer solidement le fond de l'utérus à la plaie abdominable.

Chez une femme saine, non opérée, à mesure que l'œuf se développe, l'utérus augmente de capacité, en allongeant surtout ses dimensions verticales, tandis que son fond remonte au-dessus de l'ombilic, jusque derrière les fausses côtes. Dans les cas qui nous occupent, cette amplification ne pouvait s'effectuer qu'aux dépens de la seule paroi postérieure, et par suite, dans une proportion tout à fait insuffisante. La matrice, pour répondre au développement du fœtus, devait nécessairement (suivant la remarque de Milander) augmenter ses dimensions transversales. La fixation du fond de l'utérus à l'abdomen, par des adhérences solides, semble donc être la vraie cause de ces présentations du tronc.

Peut-être, pour la malade de Flaischlen, faut-il, en plus, faire la part d'un relâchement possible des parois, puisque nous n'avons pas été renseignés sur l'état des tissus.

Les raisons, que nous venons d'exposer, permettent également d'expliquer la position inclinée de la tête dans le fait rapporté par Olshausen (2e obs.)

Inertie utérine.

L'inertie utérine se trouve mentionnée dans un certain nombre de cas : (Abel, obs. 70, Strassmann obs.). Elle peut être primitive et dépendre de l'atonie des tissus ; elle peut tenir à l'excès de travail imposé à l'utérus par des présentations vicieuses : Flaischlen (27), Olshausen (4), Gubaroff (61), Milander (63). L'inertie utérine a propablement provoqué les autres interventions (Poltowicz, Obs. 57-58-59, Léopold, ob. 11, Lohlein, obs. 29, Wegler, obs. 76).

Défaut d'abaissement de l'utérus.

On a noté plusieurs fois un trouble d'un des phénomènes prémonitoires de l'accouchement ; le mouvement d'abaissement de l'utérus, qui, normalement, doit s'effectuer, pendant les dernières semaines de la grossesse, a été, dans certains cas, en retard : (obs. Pinard 51), et dans d'autres n'a pas eu lieu (Obs. Strassmann, 77).

On conçoit que la fixation de l'utérus à la paroi abdominale puisse gêner l'évolution de ce phénomène, dans une mesure appréciable ; mais, la plupart du temps, quand les tissus sont bons et la présentation régulière, la matrice surmonte aisément l'obstacle, et on ne constate pas de retard de l'accomodation.

Pinard a pu provoquer le mouvement de descente de l'utérus par l'application de sa ceinture eutocique.

Nous conclurons de ce qui précède, que si les interventions ont été assez nombreuses au moment de l'accouchement, jamais elles n'ont occasionné la mort de la femme, et le plus souvent, elles ont permis d'extraire l'enfant vivant. Les auteurs (Gubaroff, Milander, Strassmann) qui ont insisté sur ces faits de dystocie, dans

des publications récentes, y ont vu plutôt une imperfection de la méthode qu'un défaut réel de l'hystéropexie. Aussi bien, nous ferons remarquer avec M. Mayo-Robson que la plupart de ces femmes ne seraient pas devenues enceintes sans l'opération.

Il est également probable que l'on n'a pas revu bon nombre d'opérées qui ont accouché normalement, tandis que celles, dont les couches menaçaient d'être pénibles, sont revenues dans les hôpitaux.

Enfin, certains auteurs, comme Gubaroff, semblent s'être spécialement occupés des faits défavorables, sans tenir compte des nombreux cas d'accouchement où l'on n'a pas eu à intervenir.

IV. — Délivrances et suites de couches.

Laissons de côté la récidive de la rétrodéviation, dont nous avons déjà parlé, et cherchons les autres accidents survenus chez les femmes, au moment de la délivrance et des suites de couches. Nous voyons que, sauf dans les cas d'opération césarienne et d'avortement, on n'a pas eu recours à la délivrance artificielle. Assez fréquemment, les femmes ont présenté des hémorrhagies (obs. Bar 52, obs. Frommel 60, obs. Malanden 61 et 62, obs. auteur 81); ces troubles s'expliquent par le défaut d'involution de l'utérus. Deux facteurs peuvent empêcher l'organe de revenir sur lui-même : l'inertie utérine et l'obstacle apporté par la fixation, qui maintient la matrice élevée. Les observations ont montré qu'un traitement bien compris avait eu rapidement raison de ces symptômes.

Le massage utérin suffit dans l'observation 61 de Milander.

La manœuvre de Crédé, dans l'observation 62 Milander, permit d'extraire l'arrière-faix ; les suites de couches furent bonnes et la femme quitta l'hôpital guérie. Des injections vaginales chaudes et l'administration d'ergotine eurent rapidement raison de l'hémorrhagie, dans le cas de Bar et dans le nôtre.

A ce propos, M. Bonnaire prescrit de n'employer l'ergotine que le douzième jour après la délivrance, pour éviter l'incarcération de caillots.

L'observation de Frommel dit simplement que l'hémorrhagie fut légère et de courte durée. Enfin, chez l'opérée

de Duhrssen (77), Strassmann rapporte que l'hémorrhagie cessa par l'application d'un bandage serré.

On a noté quelquefois, à la suite de la puerpuéralité, un élargissement de la matrice et l'éventration ; mais ce phénomène n'est pas particulier à l'hystéropexie ; il peut se produire après toute laparotomie et nous ne jugeons pas que son étude se rattache directement à notre sujet.

V. — Influence des procédés opératoires d'hystéropexie sur l'évolution de la puerpéralité.

L'analyse des observations nous a montré que tout procédé de ventrofixation doit remplir deux conditions essentielles.

La première est de créer, entre la matrice et l'abdomen, des adhérences solides qui puissent supporter, sans se relâcher ou se rompre, le poids de l'utérus et de la masse intestinale ; elles doivent être capables de résister aux tractions produites par la grossesse et l'accouchement. Un relâchement, même partiel et insuffisant pourd éterminer la récidive de la déviation utérine, est dangereux et doit être évité. Il détermine la formation de brides et de pédicules susceptibles, comme la retrodéviation, et peut être plus qu'elle, de devenir des agents d'étranglemənt intestinal. Sur un total de quinze femmes reçues parmi les opérées de Mapier et Schacht, la récidive a occasionné deux morts. Jacobs a également observé un cas de mort par ileus et Obshausen a signalé un cas d'incarcération intestinale. Henri Léon relate deux autres faits, d'ailleurs mortels, survenus sept mois après l'opération et produits par des brides de six centimètres. La seconde condition consiste à ne pas entraver ni gêner le développement de l'utérus pendant la gestation. On évite ainsi aux parties fixées des tractions exagérées, qui peuvent les désunir, et on supprime la cause principale des avortements, des accouchements prématurés et des présentations vicieuses.

1re Condition. — Est-il vraiment nécessaire de chercher à prouver la possibilité de créer des adhérences soli-

des par l'hysteropexie? La démonstration paraît superflue après la faible quantité de récidives notées. Les faits de Gottschalk et de Gubaroff, bien que malheureux, en raison même des interventions qu'ils ont nécessitées, ont révélé d'une manière incontestables la force des adhérences. Il existe d'ailleurs une relation d'autopsie publiée par Frommel, dans laquelle la femme morte d'embolie pulmonaire, dix jours après l'opération, présentait entre l'utérus et la paroi, sur l'étendue d'une pièce de cinq francs environ, une adhérence tellement intime qu'il fallut à l'observateur une grande force pour la détruire (Zeitsch. f. Geb. u Gynak, 27, 2)

Les adhérences doivent avoir une certaine surface ; l'emploi d'un seul fil ne paraît pas suffisant (Routier (ob. 54). Il est vrai, que l'emploi de deux fils (ob. 11, Léopold), (ob. 60 Frommel) (ob. 23 Von Winiwarter) ou d'un plus grand nombre (ob. 28-29 Lohlein), n'a pas toujours empêché la récidive ; mais, dans tous ces cas, la deuxième condition, dont nous avons à parler, n'était pas réalisée.

On tend, aujourd'hui, à n'accorder qu'une importance très secondaire à la nature des adhérences et on tient peu compte de leur classification par Greig Smith en fibro-fibreuses, qui seraient les plus solides, en fibro-séreuses et en séro-séreuses. On a montré, depuis, que les adhérences de séreuse à séreuse peuvent offrir la même solidité que celles de muscle à muscle. Aussi, l'on considère comme inutile, pour obtenir une union plus intime, de gratter la tunique externe de l'utérus, suivant la technique de Léopold, ou encore, d'aviver la face antérieure de la matrice, en décollant un lambeau de péritoine viscéral avec un peu de tissu utérin, comme le recommande Thiriar. Il importe surtout de suturer l'utérus à un tissu résistant, qui ne se laisse que difficilement déprimer, et qui ne soit pas coupé par les fils. Le plan musculo aponévrotique de la paroi abdominale satisfait à ces exigences. On ne peut en dire

autant du péritoine pariétal ; ce feuillet séreux n'est réuni à la paroi de l'abdomen que par un tissu cellulaire très lâche et ne saurait offrir une prise solide aux fils. Le péritoine viscéral, est uni d'une façon intime au corps utérin ; néanmoins il serait aisément sectionné si la suture n'englobait pas, en même temps que lui, une portion notable de tissu utérin. On s'explique ainsi le relâchement des adhérences chez l'opérée de Kallembach (ob. 3, Olsausen), ce chirurgien avait employé sa méthode extrapéritonéale et s'était contenté d'accoler, tout uniment, les deux feuillets du péritoine. Boldt, qui passait ses fils, uniquement sous la tunique séreuse, a eu souvent des insuccès.

La crainte de transpercer la paroi utérine ne se justifie pas. Sauf dans des cas exceptionnels, faciles à reconnaître et où on devra prendre des précautions spéciales, l'épaisseur de la paroi atteint un centimètre et demi ; ce qui permet de faire passer aisément l'aiguille dans son intérieur, sans atteindre la cavité utérine. Il suffit de penser au danger de la perforation, pour l'éviter. Cet accident exposerait les fils à l'infection, au bout d'un certain temps, et pourrait déterminer des fistules. Quelques faits de ce genre ont été rapportés par Jacobs et M. Laroyenne.

Les avis diffèrent sur la nature des fils à employer ; M. Laroyenne emploie des broches pour fixer l'utérus, d'autres chirurgiens, des fils d'argent. La majorité ont renoncé aux sutures temporaires; ils reprochent à cette méthode de nécessiter un enlèvement des fils, qui tiraille plus ou moins les adhérences formées et peut favoriser l'infection. Ils ont recours, pour la fixation, aux sutures perdues, englobées dans les lèvres de l'incision abdominale ; cette technique crée une union parfaite des tissus. De ces chirurgiens, les uns, comme Richelot, emploient le catgut, les autres, comme Terrier et Poggi, se servent de la soie. Nous ne nous hasarderons pas à prendre parti pour une quelconque des deux opinions ; la querelle est assez

ancienne et les arguments produits par les deux camps sont suffisamment connus. Des statistiques bien faites pourront seules à la longue révéler la supériorité de la soie ou celle du catgut. Jusqu'à nouvel ordre nous considèrerons comme bonnes les deux méthodes, en mentionnant, toutefois, les insuccès que l'on a cru devoir attribuer à l'emploi du catgut.

Polaillon, dans l'autopsie d'une femme hystéropexiée six jours auparavant, aurait constaté que les fils de catgut employés avaient déjà complètement disparu. Spaeth, qui dans vingt-cinq cas d'hystéropexies avait employé toutes sortes de fils (soie, catgut, catgut chromé, argent...), remarqua que dans les quatre cas de récidives que comporte sa statistique, le catgut seul avait été utilisé.

Jeannel de Toulouse dans sa communication au congrès de Bordeaux a relaté les fait suivants : « J'ai employé le catgut et la soie un même nombre de fois. Parmi mes opérées, dix-huit seulement ont été retrouvées ; chez une femme de cinquante deux ans, qui avait été suturée avec du mauvais catgut, j'ai constaté une récidive ; deux malades ne présentaient que de l'amélioration; les quinze autres avaient bénéficié d'une guérison absolue ».

Deuxième condition. — Sinclair le premier a indiqué les inconvénients que présentait la suture du fond de l'utérus. Il a prescrit de ne placer les fils que sur la paroi antérieure. Après lui, M. Laroyenne a particulièrement insisté, au congrès de Bordeaux (1895), sur la nécessité de ne pas créer d'obstacle au développement de l'utérus gravide et il a prouvé par des faits que l'on pouvait réaliser cette condition, tout en créant des adhérences solides. Il s'est exprimé dans les termes suivants : « J'ai étudié la coupe congelée de Braun (femme en travail) et j'ai constaté 1° que l'orifice de la trompe se trouve en avant de l'axe utérin, 2° que cet orifice est situé à égale distance du fond de la matrice et d'un plan horizontal passant par

l'orifice interne. Ce qui démontre que le développement de l'utérus se fait surtout par la paroi postérieure et par le fond, et que, dans l'hystéropexie les fils fixateurs devront se trouver exclusivement sur la paroi antérieure et ne pas dépasser en hauteur le plan des orifices tubaires » ; M. Laroyenne dit encore que chez ses malades hystéropexiées pour n'importe quelle cause, il ne redoute pas pour elles l'épreuve de la grossesse et de la parturition. Cette affirmation se trouve confirmée d'une façon éclatante par les résultats qu'ont obtenus lui et ses élèves. Ils n'ont jamais constaté de présentations transversales et n'ont eu qu'un cas d'avortement, d'après les renseignements qu'a bien voulu nous communiquer, le mois d'avril dernier, le docteur Repulin, chef de la clinique gynécologique à l'hôpital de la Charité de Lyon.

L'étude des phénomènes de la gestation va nous fournir une nouvelle indication ; on sait que les faces latérales de l'utérus se développent beaucoup plus que la face antérieure ; chez cette dernière, c'est surtout la partie inférieure dont les dimensions augmentent; aussi, conviendra-il de ne pas employer des points de suture verticaux, qui géneraient l'ampliation du segment inférieur, ou des points obliques, qui empiéteraient sur les faces latérales, mais, des points transversaux, placés au nombre de deux ou de trois, à la partie supérieure de la face antérieure et au-dessous du plan des orifices tubaires. Grâce à cette technique, la région de l'utérus sur laquelle portent les adhérences ne participe que dans une mesure très restreinte au développement total de l'organe, et rien ne s'oppose à l'augmentation des dimensions longitudinales.

Les considérations précédentes vont nous permettre de mieux apprécier les avantages et les inconvénients des différentes méthodes opératoires d'hystéropexie, en ce qui concerne particulièrement la puerpéralité, et, d'une façon plus générale, la cure des déviations utérines. Il est indis-

pensable de les examiner à ces deux points de vue, pour se faire une idée juste de leur valeur.

On distingue des procédés indirects où l'on fixe seulement le pédicule d'une ou des deux annexes enlevées, des procédés semi directs où l'on place les points de suture sur les ligaments utérins et quelquefois sur les cornes utérines, et en dernier lieu des procédés directs où la suture porte sur le corps même de l'utérus.

Hystéropexies indirectes et semi-indirectes.

Dans les cas de rétrodéviations graves les ligaments utérins sont souvent altérés et parfois atrophiés. Des conditions semblables ne permettent pas d'obtenir une fixation solide et rendent la récidive presque certaine, si on utilise ces ligaments pour fixer l'utérus.

Quand il s'agit de rétroflexions anciennes, avec modification des tissus au niveau du point de courbure, le seul raccourcissement des ligaments, même supposés en bon état, n'est pas toujours efficace pour corriger la déformation.

Si on place les points de suture au niveau de l'insertion des ligaments, sur les cornes utérines, on crée un espace libre, une sorte de boutonnière, qui permet à l'intestin de s'y engager et de s'étrangler ou, tout au moins, d'agir à la façon d'un coin pour distendre et rompre les adhérences.

Ces méthodes avaient été imaginées dans le but de faciliter l'ampliation de la vessie. Nous avons vu que la précaution était inutile.

En Allemagne, le procédé semi-direct d'Olshausen Sanger jouit d'une certaine vogue. Il consiste à fixer chaque corne utérine par trois points de suture placés en dedans de l'artère épigastrique ; Ces fils n'intéressent que les ligaments ronds et le bord interne des ligaments larges ;

ils traversent la paroi abdominable à quelques centimètres en dehors et de chaque côté de l'incision abdominale.

Sanger a décrit à nouveau sa méthode cette année (*Centralblatt fur Gynak* 1896), en la modifiant légèrement dans le but de corriger le prolapsus des ovaires.

« Il redresse l'utérus, écrit-il, après l'avoir libéré de toute les adhérences qui le retenaient en arrière. Il applique un point de suture à la soie dans le tissu utérin, sur chaque corne ; les deux fils traversent le péritoine pariétal au-dessous du niveau de la plaie abdominale et aussi près que possible de la vessie. Il relève alors, d'un côté, la trompe et l'ovaire, et passe deux fils de soie, ou un plus grand nombre, à travers l'aileron de la trompe, immédiatement au-dessous du pavillon, ou bien à travers le ligament large ; derrière le ligament ovarien, un repli est formé, à l'aide de pinces, avec une portion du péritoine pariétal de la muraille osseuse du bassin, au niveau et immédiatemeet au devant du bord externe du ligament large. Les fils de soie sont passés à travers le repli et noués. Les annexes du côté opposé sont traitées de la même façon, et toutes deux étant ainsi replacées à leur niveau normal, la douleur et la congestion des ovaires sont guéries ».

Cette nouvelle technique a encore les inconvénients des procédés semi-directs et en plus, la fixation qu'elle peut réaliser, ne saurait être solide puisque les fils ne prennent un point d'appui, du côté de l'abdomen, que sur le péritoine pariétal.

En terminant cet examen rapide des hystéropexies semi-directes nous dirons que nous ne voulons pas condamner d'une façon absolue la méthode du raccourcissement intra abdominal des ligaments ronds. Quand l'état général de la femme est bon, si les ligaments sont solides et de volume normal, on pourra traiter par ce moyen les rétroversions qui ne sont pas accompagnées d'un certain de-

gré de flexion ; mais, il faudra toujours songer à une récidive possible.

Hystéropexies directes.

On doit diviser ces procédés en deux classes suivant que le péritoine est incisé ou non.

Extrapéritonéales.

Les premières ou hystéropexies extrapéritonéales sont presque abandonnées aujourd'hui. Comme l'a dit M. Terrier « l'hystéropexie extrapéritonéale était une idée bonne défendable autrefois. Il suffisait d'avoir foi dans l'innocuité de l'ouverture péritonéale pour la transformer en un excellent procédé de fixation de l'utérus. Elle doit disparaître aujourd'hui puisqu'elle est basée uniquement sur la peur de la laparatomie (si justifiée jadis), tout au moins comme procédé de traitement des rétrodéviations utérines graves. »

En réalité le péritoine n'est respecté que d'une façon relative puisque l'aiguille et les fils doivent traverser la séreuse.

Le grand reproche qu'on peut adresser à ces méthodes c'est d'obliger le chirurgien à opérer d'une façon aveugle. S'il lui est relativement facile d'éviter la vessie, il risque, dans bien des cas, de transpercer l'intestin. On ne peut toujours diagnostiquer la présence d'une anse intestinale, même quand les parois abdominales sont maigres et flasques (fait de Roux rapporté par Henri Léon). Cette anse peut d'ailleurs être adhérente, ce qui rend inefficace l'emploi de la position inclinée de Mendez-de-Léon et de Tredlenboug. Witte a perdu une femme qu'il avait opérée suivant le technique de Czempin. Les procédés les plus employés sont ceux de Léopold, de Laroyenne, et de Terrier.

Hystéropexies intra-péritonéales.

1. *Procédé de Léopold.* — Léopold fixe le fond de l'utérus au moyen de trois fils de soie à la paroi abdominale. Le premier fil traverse la paroi antérieure de l'utérus, au niveau des insertions des ligaments ronds. Le second, près de l'origine des trompes ; le troisième est placé à un centimètre au-dessous du précédent. Les extrémités de ces trois fils traversent toute l'épaisseur des lèvres de l'incision abdominale et servent à en obturer la partie médiane. Léopold grattait la surface de l'utérus dans le but de faciliter l'adhésion, précaution complètement superflue. Les défauts qu'on peut reprocher à son manuel opératoire sont: la fixation du fond de l'utérus et l'emploi de sutures temporaires.

2. *Procédé Laroyenne.* — M. le Professeur Laroyenne a décrit ainsi au congrès de Bordeaux 1895, la technique spéciale qui lui a valu de si brillants résultats.

« Dilatation de l'organe par des bougies de Hégar ; introduction d'un gros hystéromètre, à l'aide duquel un aide repousse la matrice contre la paroi abdominale, de telle sorte que le chirurgien qui l'incise à ce moment, se trouve immédiatement en rapport avec la paroi antérieure de l'utérus qu'on lui présente. Pas de recherches avec la main, plus de pinces érignes déterminant un suintement sanguin. L'ouverture pratiquée à la paroi abdominale n'est qu'une boutonnière de quatre à cinq centimètres, fermée aussitôt qu'ouverte par l'utérus qu'on vient appliquer à ce niveau et qui déjà soulevé avait indiqué en quel point précis devait porter l'incision. Cet organe est ensuite fixé à l'aide de deux ou trois aiguilles broches, qu'on enfile à travers le plan aponéorotique et le péritoine et à travers la face antérieure de l'utérus. Elles sont alors

chargées d'un crin de Florence et retirées et nouées successivement. Cette opération si bénigne, nous ne l'aggravons pas par la destruction des adhérences membraneuses; l'ablation uni au bilatérale des annexes doit se pratiquer quelquefois et complique nécessairement l'intervention. »

Nous connaissons déjà les prescriptions formulées par cet auteur pour la disposition des sutures : son procédé, bien que justifié par des succès, est peut-être susceptible de simplifications. L'emploi de la pince érigne permet d'attirer l'utérus plus facilement qu'avec le gros hystéromètre. Dans les cas de déviations graves les utérus sont, il est vrai, plus ou moins congestionnés et saignent facilement, mais il est facile d'enrayer l'hémorrhagie due à la morsure des dents de la pince. Il suffit, pour cela, de suivre le conseil donné par M. Richetot, qui est de saisir la matrice au-dessous du point où sera placé le fil supérieur ; de cette façon, l'endroit de la prise sera englobé dans la suture, entre deux fils, et l'hémostase assurée. L'introduction du gros hystéromètre n'est d'ailleurs pas toujours possible. L'exploration des annexes avec la main, est une bonne précaution, quel que soit le diagnostic formulé antérieurieurement, et nous sommes surpris de voir M. Laroyenne la négliger.

Il recommande de ne pas rompre les adhérences membraneuses qui peuvent exister ; nous ne pensons pas et c'est l'opinion d'opérateurs, comme Terrier et Richelot, que pareille conduite soit nuisible ; nous l'estimons même indispensable, dans certains cas, pour redresser l'utérus.

On peut se passer des aiguilles broches et obtenir d'aussi bons résultats avec une simple suture horizontale exécutée à la soie ou au catgut et perdue dans les lèvres de l'incision.

3. *Procédé Terrier.* — M. le Professeur Terrier a décrit lui-même son manuel opératoire de la façon suivante (*Revue de chirurgie* 10 mars 1889) : « la main

droite introduite dans la cavité abdominale saisit l'utérus par son fond et l'attire dans la cavité pariétale ; à l'aide de l'aiguille de Reverdin, un fil de soie est placé longitudinalement dans le fond de l'utérus, en pénétrant un peu dans son tissu ; mais seulement si l'utérus est difficile à redresser. Il sert alors à attirer l'organe en haut et à le maintenir derrière la paroi abdominale. Les intestins sont refoulés en haut en arrière, à l'aide de compresses aseptiques. Quand il s'agit de retrodéviations, il n'est pas nécessaire de soulever ainsi l'utérus, le plus haut possible, comme dans les cas de prolapsus ; l'on peut se passer du fil de soie suspenseur, qui pourtant permet de faire une fixation plus solide.

Une grosse soie est alors passée obliquement, d'abord à gauche, à travers les lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale, la peau exceptée ; elle ressort par le péritoine, puis est conduite de gauche à droite, en faufilé, dans l'épaisseur même du tissu utérin, au-dessus de l'union du col et du corps. Enfin elle est de nouveau passée dans la lèvre droite de l'ouverture abdominale, toujours la peau exceptée. On place deux pinces à pression aux deux extrémités de ce fil. Un deuxième puis un troisième fil de grosse soie sont passés de même en faufilé, l'un vers le milieu du corps, l'autre près du fond de l'utérus et maintenu par des pinces à pression. Tout étant bien épongé, on fait successivement ces trois ligatures en allant de bas en haut, puis on enlève le fil de soie placé au fond de l'utérus pour le maintenir incliné en avant pendant qu'on procède à la suture, ou bien on le suture lui aussi de la même façon que les précédents.

La plaie abdominale est ensuite refermée comme d'habitude (suture à 3 étages) ».

M. Terrier emploie aujourd'hui pour ses malades la position inclinée de Tredlenbourg, qui permet d'écarter les intestins et d'atteindre plus facilement l'utérus. Il fait

des anses simples sans faufilé, ce qui donne une fixation plus solide. Son procédé doit procurer d'excellents résultats, si l'on a soin de ne pas placer les fils fixateurs au-dessus du plan des trompes et de ne pas les faire descendre trop bas sur la face antérieure de l'utérus. Nous pensons qu'il y aura avantage à ne pas suturer le point longitudinal.

Czerny dont M. Terrier ignorait le travail avait décrit antérieurement une technique analogue quoique moins perfectionnée.

Les procédés de MM. Pozzi, Richelot ne sont que des variantes de celui de Terrier.

4. Procédé Pozzi. — M. Pozzi opère de la façon suivante : « Le chirurgien armé d'une aiguille de Hagedorn munie de soie fine mais résistante, fait à la partie inférieure de la plaie, deux points de suture, comprenant la totalité du plan séro-fibro-musculaire des parois abdominales, de manière à y prendre un point d'appui. A partir de là, il fait rapidement un surjet ascendant dont la spirale traverse successivement toute la partie profonde de la plaie abdominale (peau et tissu cellulaire exceptés), la couche superficielle de l'utérus sur sa partie médiane, puis l'autre lèvre de l'incision abdominale ; trois à quatre points de suture suffisent. Dès que l'utérus est de la sorte fixé à la paroi antérieure, le surjet de soie est arrêté. La fermeture de la paroi est obtenue au moyen d'un double surjet au catgut, le premier comprenant la couche musculo-aponévrotique, le second la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Elle est même consolidée par des sutures profondes, de soutènement à la soie et des sutures intercalaires superficielles. »

5. *Procédé Richelot.* — M. Richelot emploie le catgut pour fixer l'utérus. Il passe d'abord trois fils séparés dans la paroi antérieure de la matrice, comprenant, de chaque côté, une certaine épaisseur de la plaie abdominale (péritoine et plan musculaire). Puis, il fait un second étage en

surget comprenant muscle droit et aponévrose ; enfin il suture la peau au crin de Florence. S'il reste au-dessus de l'utérus une partie notable de l'incision abdominale, il la ferme par deux étages de catgut et un de crin de Florence, comme dans toute la laparatomie.

6. *Procédé Doléris.* — (M. Baudouin, thèse). Ce chirurgien associe la fixation de l'utérus au raccourcissement des ligaments ronds et des trompes qu'il insère entre les lèvres de la plaie, après les avoir saisis et attirés par un lien qui ressort à l'extérieur. Toutes les sutures sont faites au crin de Florence et enlevées au bout de dix à douze jours. Cette technique ne constitue pas une hystéropexie conservatrice puisqu'elle supprime les fonctions des trompes. On doit donc la rejeter au moins dans les cas qui nous occupent.

VI. — Parallèle entre l'hystéropexie et les autres traitements les plus usités des déviations utérines.

1. *Opération d'Alexander.* — Les auteurs s'accordent à reconnaître que l'opération d'Alquié-Alexander n'a aucune action défavorable sur la grossesse et l'accouchement. Voici entre autres l'opinion de Pozzi (traité de Gynécologie : « Il est aujourd'hui parfaitement démontré que le raccourcissement des ligaments ronds n'entrave nullement le développement normal de la grossesse. Plusieurs cas de grossesse et d'accouchement à terme ont été publiés ; il semble même que la déviation n'ait plus tendance à se reproduire après l'accouchement. Alexander sur 8 cas de grossesse a vu heureusement accoucher 7 de ses opérées. Polk a constaté la grossesse chez une femme opérée pour une rétroversion adhérente, elle avorta au 4e mois, Doléris a observé la grossesse 7 fois et Imlach 2 fois. »

P. Strassmann émet un avis analogue en écrivant (1) « les meilleurs résultats, au point de vue de la grossesse, s'obstiennent après l'opération d'Alexander ou les opérations analogues. On n'a relaté que des accidents très rares et peu importants. »

Mais cette opération présente, sans d'autres rapports, de multiples inconvénients qui doivent restreindre beaucoup son application. Elle ne peut être efficace contre les déviations fixées par des adhérences ou compliquées de lésions des annexes. En effet, elle ne permet pas l'exploration manuelle dans la cavité abdominale ni la

(1) *Archiv. S. Gynec.* f. 3. 1896. Gynécologie 15 Août.

vérification de visuel d'état des annexes, ni leur ablation si elles sont malades. Elle expose a des hernies ; Alexander, lui-même, a dû reconnaître ce défaut dans une des séances récentes de la Société gynécologique de Londres. (1). Mayo Robson (Leeds) a eu des récidives après avoir employé ce procédé. Enfin il existe des cas où les ligaments sont altérés et plus ou moins atrophiés (1 fois sur 10 Munde, *Médical News* 14 mars 96); la recherche en est alors difficile et nécessite l'ouverture de la paroi musculo-aponévrotique. Ils peuvent aussi se rompre au cours de de l'intervention, comme c'est arrivé deux fois à Edebohls de New-York.

Pour ces motifs, en Angleterre même, de nombreux chirurgiens tels que Mayo Robson (Leeds), J. W. Taylor (Birmingham), Fred. Edge (Wolverhampton) d'Elder (Nottingham), ont dû renoncer à l'emploi de cette opération, après l'avoir pratiquée un certain nombre de fois. L'opération d'Alexander est impossible et l'on doit avoir recours à l'hystéropexie dans les cas d'utérus unicorne nous dit J. M. Edebohls (*Med. News* 14 mars 96).

2. *Vaginofixation.* — On commence à bien connaître les fâcheuses conséquences, au point de vue de la gestation, de la technique qui consiste à fixer l'utérus à la paroi vaginale (2). J. M. Edebohls a formulé tout récemment la conclusion suivante : « l'hystéropexie vaginale est absolument contre-indiquée chez toutes les femmes susceptibles de devenir enceintes ». Duhrssen, un des défenseurs de cette opération disait dans une communication au congrès de Vienne (95) « Quant à la grossesse et à l'accouchement, je n'ai jamais constaté que mon opération ait une influence quelconque sur elles ». Il a dû reconnaître depuis qu'elle donnait 25 0/0 d'avortements, et Strassmann a com-

(1) *British . Gyn. Society*. March Avril,96. (Lancet).

(2) 6e Congrès de la Société allemande de Gynécologie tenu à Vienne du 5 au 7 juin 1895 *Gynecologie*, 15 avril 1896.

muniqué le 28 juin 1895 à la Société gynécologique de Berlin l'observation d'une femme, à qui Dührssen avait fait, en 1893, une cœliomyomectomie vaginale avec vaginofixation et qui, au terme de sa grossesse, présentait une procidence du cordon et un enfant mort en présentation de l'épaule. L'opération de Porro permit de délivrer la femme, ce qui ne l'empêcha pas de mourir 1 h. 1/2 après l'opération. Le 25 octobre 1895 le même auteur communique à la même société un second cas; cette fois la version fut possible, Græfe a publié dans la Monatsch. für. Geb. und Gyn. Bd 11e vol. t. 6 un troisième cas de présentation transversale terminé par l'opération césarienne.

E. Wertheim (1) rapporte 37 observations de vaginofixation dont trois suivies de grossesses. La première femme a fait un avortement de 4 mois ; la seconde est accouchée normalement à terme, la troisième, soignée à la clinique de Schauta à Vienne, a dû subir la version de Braxton Hicks pour une présentation transversale avec col élevé, dilatation incomplète et tension énorme de la paroi postérieure de l'utérus ; la situation du col rendit l'intervention très pénible. L'enfant fut extrait vivant, on dut recourir à la délivrance artificielle, et la palpation bimanuelle permit de reconnaître une paroi antérieure de l'utérus épaisse, tendue, avec dépression infundibuliforme au niveau de la cicatrice. Paroi postérieure très mince : pas trace de lèvre postérieure du col, pas de cul-de-sac postérieur, le vagin et l'utérus se continuent à plein canal. Placenta à droite. E. Wertheim en conclut : « Donc la vaginofixation a eu pour effet la non participation de la paroi antérieure de l'utérus au développement de la matrice, l'abaissement du fond, la dilatation extrême de la paroi postérieure et l'élévation du col. Un développement actif des parties latérales amena l'élargissement de l'utérus et la présentation transversale. Si l'on n'était pas intervenu à

(1) *Centrabl. für. Gynec* nº 21 janvier 96.

temps, il aurait pu en résulter une rupture, de la paroi postérieure ou bien le fond se serait détaché de la paroi vaginale antérieure, comme le cas de Strassmann. La version n'était pas sans danger et il fallait être très prudent malgré l'intégrité de la poche des eaux et l'anesthésie. »

E. Wertheim donne les chiffres suivants :

Sur 22 grossesses, après vagino-fixation, arrivant à terme, il y a 4 fois dystocie, soit 18 0[0.

Strassmann dans une statistique faite à la policlinique (Hôpital de la Charité de Berlin) obtient 27, 2 0[0 d'avortements.

Wilh Ruhl. montre les inconvénients de l'anneau cicatriciel du col, qui résulte de la vagino fixation.

« Cet anneau provient de l'union de la partie inférieure de l'utérus, partie non pourvue de péritoine avec la partie correspondante du vagin après décollement de la vessie. Il se forme, là où se trouvait primitivement la vessie, un tissu cicatinciel amenant l'induration et la rétraction de l'utérus du col et du vagin. Ce tissu est situé d'autant plus bas et s'étend d'autant plus, que la vessie se trouvait plus bas antérieurement à la vaginofixation. C'est de cette circonstance que dépend donc aussi le plus ou moins de difficultés au moment de l'accouchement. » Cet auteur publie deux cas de dystocie résultant à la vaginofixation et où il fut impossible de faire la version.

Cette opération ne donne pas davantage de bons résultats au point de vue de la fixation de l'utérus. Trélat s'étonne avec raison qu'on puisse prendre un point d'appui sur la paroi vaginale essentiellement mobile. Winter n'a eu que des insuccès par cette methode. Mackeurodt avait avancé que les accidents de la grossesse et de l'accouchement ne survenaient que quand la vaginofixation était faite avec ouverture du péritoine. Il a du plus tard reconnaître que l'opération sans ouverture du cul-de-sac exposait à des récidives dans 10 0[0 des cas, et il a préconisé la vési-

cofixation intrapéritonéale, opération trop récente pour qu'on puisse en connaître les dangers au point de vue de l'accouchement. La vésicofiuation extra péritonéale présenterait les mêmes dangers de perforation de l'intestin que la ventrofixation.

3. *Opération de Nicolétis.* — Ce genre d'intervention doit être absolument proscrit chez les femmes susceptibles d'être mères, aux inconvénients de la vaginofixation, il joint ceux de la trachélectomie. L'amputation du col que entraîne presque forcément l'accouchement prématuré, si ce n'est l'avortement, détermine aussi, assez souvent, un degré marqué d'atrophie du corps utérin.

4. *Pessaires.* — Ces appareils ont des indications encore plus restreintes que l'opération d'Alquié Alexander. On ne peut les employer dans les cas de déviations douloureuses. Enfin, ce serait un tort de les croire dénués de toute action nuisible sur la grossesse; Ils déterminent l'avortement dans 16 pour cent des cas (Strassmann, statistique de la policlinique de Berlin).

VII. — De l'hystéropexie chez les femmes enceintes.

M. Marcel Baudoin a traité cette question dans un chapitre de sa thèse et il a cité le seul fait alors connu : « Küstner avait pratiqué une hystéropexie fortuite chez une femme enceinte à la suite de l'ablation d'un fibrome utérin, l'avortement était survenu un vingtaine de jours après.» Malgré cette observation défavorable, M.Baudouin se refuse à croire « que le fait seul de la fixation, si elle est assez précoce (3e ou 4e mois) puisse être, à plus ou moins longue échéance, une cause constante d'avortement ultérieur ». Cette opinion semble justifiée par un certain nombre d'observations que nous avons eu la bonne fortune de recueillir. Dans le cas d'Howitz-Meyer (obs. 85) la grossesse datait à peine de quelques semaines quand l'opération eut lieu, et malgré une castration double, jointe à l'hystéropexie, l'accouchement se fit à terme, normalement.

Les troubles symptomatiques d'un prolapsus utérin, et notamment, des menaces d'avortement motivèrent l'intervention chez la malade de Thiriar. Cette observation offre un grand intérêt, en raison de l'époque relativement avancée de la grossesse, 3 mois, et de la technique spéciale de l'opérateur. Thiriar ne se contentait pas de placer ses fils sur l'utérus, mais provoquait un traumatisme encore plus intense en avivant la face antérieure. Quand le fait fut publié, trois mois après, la grossesse continuait à évoluer normalement.

Le cas que relate le docteur René Belin est presque

identique. Il s'agissait encore d'un prolapsus chez une femme enceinte de 3 mois. « Je l'ai revue un mois après, écrit l'auteur, la grossesse évolue normalement et l'utérus est solidement fixé à la paroi abdominable. » D'après le docteur R. Belin, son collègue, le docteur de Malherbe aurait eu l'occasion de constater un cas analogue, pendant son internat l'hopital Bichat.

Enfin dans le « Jahresberitch de Frommel » 1895, p. 85 on trouve mentionné une autre observation due au chirurgien américain Goodwin. Nous n'avons pu réussir à nous la procurer.

Ces faits sont trop pen nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions bien fermes. Néanmoins, aujourd'hui où l'on a moins de tendance à formuler le fameux « Noli me tangere » à propos des utérus gravides, il semble qu'il sera peut-être avantageux, dans les cas de prolapsus exagéré chez des femmes enceintes, de recourir à l'hystéropexie de préférence aux anciennes méthodes ; « car, dit Thiriar, les tampons et les pessaires, en agissant directement sur le col utérin, sont bien plus dangereux, au point de vue de l'avortement, que l'hystéropexie ». Mais, beaucoup d'opérateurs trouveront plus sage de laisser l'avortement se produire ou de le provoquer, au besoin, avant de chercher à corriger le prolapsus par une opération ; et cela, en raison des multiples interventions que nécessite cette déviation, quand on veut la traiter efficacement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (SÄNGER) Th. Baudoin p. 312. — Th. Lamort, p. 60.

Opération d'Alquié. — Hystéropexie directe. — Première grossesse. — Accouchement prématuré. — Deuxième grossesse. — Version extraction d'un fœtus mort. — Inertie utérine.
Douleurs continues. Incapacité de travail.

Rétroflexion mobile. Métrite chronique. Hypertrophie utérine (Utérus se réduisant facilement, mais impossible à maintenir réduit.)

Pessaire, un an, sans succès.

En juin 1887, opération d'Alquié-Alexander, à droite seulement (8 centimètres).

Impossible à gauche. Pessaire de Thomas. Récidive.

Pessaires à nouveau, sans résultat.

Hystéropexie le 26 décembre 1887, pas d'ablation d'annexes, fixation bilatérale de l'origine des ligaments larges et du feuillet antérieur des ligaments larges à la paroi abdominale antérieure par trois sutures au crin de Florence. On trouva des adhérences utérines qui furent détruites après une incision de la laparotomie, selon Milander, on employa le procédé de Léopold.

Fond de l'utérus très adhérent aux anses intestinales, difficiles à détacher.

3 Janvier 1888 (Huit jours après l'opération.)

Utérus soudé et comme suspendu à la paroi abdominale, très petit, très mobile. Douleurs disparues.

Mars 1889. Quinze mois après, opération. Première grossesse ; dès les premiers temps, douleurs partent manifestement des points de fixation de l'utérus ; écoulements sanguins jusqu'au deuxième mois ; au troisième mois, le médecin ordinaire de la femme écrit à Saënger que l'utérus paraît ne pas

se développer normalement en hauteur, étant solidement retenu au niveau de la suture.

Avril 1889. Au sixième mois ; accouchement prématuré ; fœtus macéré, ayant les dimensions d'un fœtus de trois mois.

Six semaines plus tard ; femme en parfaite santé ; utérus ayant parfaitement involué et en antéversion.

Deuxième grossesse en avril 1890. Dernières règles un an après sa fausse couche. En septembre, premiers mouvements de l'enfant à quatre mois et demi.

Sänger examine la femme jusqu'au neuvième mois de l'accouchement et constate que l'utérus ne présente rien d'anormal dans ses dimensions, sa forme, sa mobilité. Accouchement le 7 février, quelques jours au delà du terme, achevé par version et extraction d'un enfant mort. Absence presque complète de contractions.

Observation et 2 (Sanger) Th. Lamort, 1893. — Sanger *cent. für Gynæk 1891.*

Hystéropexie semi-directe. Grossesse et accouchement normaux.

S..., vingt-huit ans, accouchement normal. Rétroflexion mobile. Ventro-fixation le 21 juin 1888.

Procédé semi-direct.

Grossesse quatre mois après, parfaitement normale. Accouchement à terme le 21 juillet 1889.

22 juillet 1890. — Léger écartement vers le milieu de la cicatrice abdominale. Utérus en antéversion, mais complètement mobile. Les adhérences à la paroi abdominale existent encore.

Observation 3 (Kaltembach-Olshausen.)

Hystéropexie directe, extra-péritonéale. Grossesse et accouchement normaux.

Femme opérée par Kaltembach, pour une rétroversion fixe. Ventro-fixation par des sutures à la soie. Enceinte un an

et demi après l'opération. Grossesse normale ; l'utérus examiné après le terme n'était plus lié par des adhérences à la paroi abdominale. Accouchement normal. Six semaines après, utérus en antéversion.

Observation 4. — Olshausen (2 cas).

Ventrof. procédé Czerny Léopold, douleurs, hémorrhagie au 4e mois. — Inertie. — Présentation de l'oreille. — version podalique.

Femme de 22 ans, tripare, avait été opérée d'après la méthode de Czérny Léopold. Elle conçut 4 mois après.

Au 4e mois, douleurs analogues à celles du travail, qui s'accompagnent d'une hémorrhagie. Mais ces symptômes s'amendent, puis disparaissent, et la grossesse continue à évoluer. A l'époque du terme, l'utérus reste élevé, les douleurs se déclaclarent, puis deviennent rares et irrégulières; on pratique l'examen pendant la narcose. La portion vaginale du col peut à peine est atteinte avec la main. La paroi cervicale antérieure est très épaisse et empêche la tête d'entrer dans le bassin. La tête est élevée et se présente par l'oreille; on fait plus tard une version et on extrait l'enfant par les pieds.

La paroi utérine postérieure était amincie.

L'utérus en antéversion mobile.

Observation 5. — Olshausen (3e cas)

Nullipare, 2 grossesses après la ventrofixation.

Femme de 21 ans, nullipare, devient enceinte 7 mois après l'opération. Accouchement à terme normal.

Trois ans et 2 mois après l'opération, l'utérus a encore une position normale.

La même femme eut une deuxième grossesse et accoucha normalement.

Observations 6, 7 et 8, (Klotz) *Cent. f. gyn.* 1894.

Klotz avait observé au moment de sa publication deux accouchements normaux, et une grossesse évoluant normalement après hystéropexie.

Observations 9 et 10 (Léopold). *Deutsch. med. Wochens.* 1891-95.

Sur sept femmes hystéropexiées avec conservation des annexes par Léopold, Sperling rapporte qu'il y a eu deux grossesses avec accouchement normal, une troisième est survenue depuis cette dernière figure sur le tableau donné par Milander comme ayant atteint le terme.

Observation 11 (Léopold).

X..... quarante ans.

Paramétrium gauche un peu dur, sensible. Rétroflexion traitée sans succès.

Hystéropexie le 6 février 1890 (procédé Léopold). Après libération des adhérences, le fond de l'organe est fixé dans l'angle inférieur de la plaie au moyen de deux sutures abdomino-utérines. — Guérison.

Devient enceinte quatre mois après. Grossesse normale. Accouchement prématuré de deux à trois semaines. Paroi abdominale fortement tendue. Pendant la contraction, on voit la cicatrice opératoire se déprimer. On sent deux cordons courts et solides qui se dirigent vers l'utérus. Tête en O. I. G. A. profondément engagée, menace d'asphyxie de l'enfant vivant, extrait par le forceps. Suites de couches normales.

Huit jours après, utérus en antéversion, réuni par un cordon solide et non douloureux à la paroi abdominale antérieure.

Observation 12. — Baudoin.

2 grossesses normales.

Femme de 25 ans, secondipare.

Hystéropexie pour rétroflexion adhérente, avec ablation de l'ovaire kystique droit,

Grossesse et accouchement normaux, 2e grossesse et 2e accouchement normaux.

Persistance des adhérences.

Observations 13 (Vlacos-Turquie), Th. Baudoin, p. 146.

Hystéropexie pour prolapsus. Procédé, Grossesse, Résultat ?(2)

Observations 14 à 21 (Jacobs).

A observé huit grossesses consécutives à l'hystéropexie dont la marche fut heureuse.

Voici la première :

V...., vingt-six ans. Rétroflexion adhérente et douleureuse.

Hystéropexie le 28 mai 1890.

Enceinte en août 1890. Grossesse, accouchement normaux en mars 1891. Suites de couches physiologiques.

Examen ultérieur : matrice petite, en antéversion, adhérente par son fond à la paroi abdominale. Il n'avait été employé qu'une seule suture au crin de Florence.

Observation 22 (Gottschalk). Th. Baudoin p. 308. — *Centralblatt f. gynæk.*, 21 février 1891. — Th. Lamort p. 62 et 110.

Hystéropexie. — Deux avortements consécutifs. — Première grossesse normale après rupture opératoire des adhérences.

Vingt-huit ans.

Trois accouchements antérieurs. Tumeur ovarienne gauche intra- ligamenteuse, avec rétroflexion mobile de l'utérus.

Douleurs vives, marche impossible,

10 novembre 1889 . — Ablation de la tumeur.

Fixation de l'utérus redressé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale par deux ligatures au fil de soie.

La malade fut ensuite débarrassée de toute douleur et put marcher sans fatigue.

Examinée de mois en mois en 1890.

Utérus en antéversion et en flexion, légèrement élevé. Bonne mobilité relative.

Octobre 1890. — Devient enceinte. Traces de menstruation jusqu'à la sixième semaine.

Au milieu de décembre, hémorrhagies extraordinaires. Avortement le 3 janvier 1891.

Le fond de l'utérus était si élevé que Gottschalk pouvait à peine l'atteindre avec le doigt (en dehors complètement du petit bassin).

Le corps avait augmenté de volume proportionnellement à la marche de la grossesse ; il se trouvait en position d'élévation maxima, mais en antéversion adhérente en avant et en haut à la paroi abdominale.

L'examen de la paroi utérine montre une différence frappante dans son épaisseur en avant et en arrière. Au niveau du col, lèvre antérieure assez épaisse, lèvre postérieure de l'épaisseur d'une feuille de papier. Paroi utérine postérieure mince, étirée, tandis que la paroi antérieure était tendue au niveau de la suture et présentait une épaisseur normale et même augmentée

Gottschalk écrit à M. Lamort (1) :

« Dans mon cas, l'avortement s'est fait deux fois coup sur coup. Après ces deux avortements, je rompis sous le chloroforme les liens de fixation : la patiente conçut et porta sa grossesse à terme. »

Observation 23 Von. Winiwarter II) Th. Lamort, p. 89. — Fraipont, *Ann. méd. chir.* Liège, 1891.

Hystéropexie directe. Grossesse et accouchement normaux.

D R. vingt-deux ans, deux enfants, deux fausses-couches,

(1) Lamort, loc cit, p. 110.

A la suite de la dernière, hémorrhagie abondante ; utérus en rétroversion, gros, contenant des débris, de membranes. De plus, kyste de l'ovaire droit (volume d'une grosse orange). Curetage. Guérison. Tentative de réduction de la matrice, impossible à cause de la tumeur ovarieune.

19 février 1889, Ovariotomie. Hystéropexie complémentaire.

Deux sutures à travers les muscles abdominaux et le péritoine pariétal d'un côté, puis à travers le fond de l'utérus, d'un angle à l'autre, l'une au devant, l'autre en arrière de l'insertion de la trompe. On la ramène au bord opposé de la plaie ventrale et on noue.

Guérison opératoire simple. — Sort en mars.

Août 1889. — Enceinte depuis deux mois. Utérus en antéversion normale, éprouve de petites douleurs dans le ventre de temps en temps. Accouchement à terme le 5 mars, enfant bien vivant. Suites de couches normales.

Trois mois plus tard. Se porte bien, pas de douleurs. Involution normale de l'utérus, en position intermédiaire entre l'antéversion et la rétroversion, mais cependant, avec plus de tendance à l'antéversion.

Fraipont (1) ajoute dans son article : la dernière qui ait accouché, pas aussi heureuse. Malgré toutes les précautions prises pour éviter le retour de la matrice à sa position défectueuse, celle-ci s'est reproduite et avec elle les souffrances qu'accusait la malade avant l'opération. J'ai pu réduire cependant facilement l'utérus et le maintenir réduit par un pessaire Hodge. Soulagement notable.

Observation 24 (Von Winiwarter III) Th Lamort, p. 90. — Fraipont, *loc. cit.*

Hystéropexie. — Grossesse et accouchement prématuré suite de traumatisme. — Deuxième grossesse.

L..... M., vingt-neuf ans, mariée, trois enfants, une fausse

(1) Voir Th. Lamort, p. 85.

couche de trois mois. Utérus augmenté de volume en rétroversion très prononcée, mobile pourtant.

Dans cul-de-sac de Donglas, ovaire gauche prolabé, augmenté de volume et douloureux. Ovaire droit légèrement prolabé dans cul-de-sac latéral droit. Cavité utérine allongée et élargie. Endométrite, curetage. Réduction utérine. Un pessaire Hodge, ne put être supporté à cause de la douleur vive causée par la pression de l'arc postérieur sur l'ovaire gauche prolabé.

Hystéropexie. — 15 mai 1889. — Ablation de l'ovaire gauche, polykystique. Le fond de la matrice est amené dans la place abdominale et fixé par deux sutures transversales. Suites immédiates excellentes. Guérison complète.

Revue dans les mois suivants, le résultat se maintenait.

En octobre, arrêt des règles. La malade est enceinte. La grossesse suivit son cours normal et la matrice s'éleva peu à peu dans l'abdomen.

Cependant, la patiente souffrait assez fréquemment de douleurs dans le bas ventre, qui s'accentuaient à ses périodes menstruelles ; arrivée à sept mois et demi, à la suite de mauvais traitements infligés par le mari, le travail se déclara, la femme accoucha d'une petite fille vivante.

Le travail fut rapide. Légère hémorrhagie au moment de la délivrance. Suites de couches excellentes. Elle partit le sixième jour, sur son désir formel.

Un an après l'opération, état général excellent. Souffrances nulles. Utérus ayant subi son involution normale, et en antéversion modérée.

Revue plus tard par Fraipont, celui-ci écrit :

Matrice restée parfaitement en antéversion mais tout entière au dessous du bord postérieur de la symphyse pubienne. Cette femme est de nouveau enceinte et ne souffre pas.

Observation 25 (Fraipont) Thèse Lamort, p. 81 — Fraipont, *loc. cit.*

Rétroversion. — Utérus gravide. — Avortement provoqué. — Hystéropexie. — Grossesse et accouchement normaux.

Femme chétive, trois enfants. Depuis le dernier, douleurs,

etc. Rétroversion très prononcée. Réduction, pessaire en décembre 1889.

Juillet 1890. — Etat général péritonique, 40 degrés. Forte douleur dans le bas ventre, subite; au toucher, utérus derrière la symphyse pubienne, entr'ouvert. Cul-de-sac postérieur induré. Diagnostic de pelvi-péritonite Amélioration.

Fin août. — Développement notable de l'abdomen. Vulve boursoufflée. Sous anesthésie, on reconnaît une grossesse dans un utérus rétroversé et absolument immobilisable avec coexistence d'une tumeur abdominale kystique. On provoque l'avortement.

Fin septembre 1890. — Laparotomie. Kyste ovarique gauche. On détache les adhérences fixant le fond du cul-de-sac de Douglas. Il est amené à l'angle inférieur de la plaie abdominale où il est fixé au moyen d'une seule suture transversale en soie phéniquée, qui est passée à travers la paroi abdominale et liée solidement. Guérison.

Matrice en antéversion normale.

Devenue enceinte en 1891. Grossesse aussi heureuse que possible. Suites de couches normales.

Revue depuis, le résultat se maintient bien.

Observation 26. Flaischlen (*Loc. cit.*).

Flaischlen rapporte douze cas de ventrofixation de l'utérus dont deux furent suivis de grossesse.

Une femme fut grosse jusqu'au 4e mois.

Observation 27.

Une autre femme, d'après une lettre écrite ultérieurement par son mari, mit au monde un enfant, mort pendant l'accouchement. Il y avait une présentation transversale, le travail fut long et pénible. Une sage-femme dut recourir à la version.

La patiente avait 35 ans, était bipare ; elle avait accouché une première fois 10 ans auparavant. Le fond de l'utérus avait été fixé à la paroi abdominale au cours de l'hystéropexie.

2 Observations de Lohlein rapportées par J. Milander.

1er cas. Observation 28.

Femme devenue enceinte après l'opération. Vomissements violents pendant le 3e et le 4e mois. Accouchement normal terminé en 7 heures.

On trouve à l'examen un cordon d'adhérence de forme cylindrique reliant le fond de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, à 3 centimètres au-dessous de l'extrémité supérieure de la cicatrice.

2e cas. Observation 29.

Grossesse après l'opération. Accouchement à terme au forceps. L'utérus est devenu mobile par suite d'un certain degré de relâchement des adhérences.

Chez ces deux femmes, l'utérus avait été fixé par sa partie supérieure au moyen de deux points de suture de chaque côté.

Observations d'Edebohls rapportées par J. Milander, citées par Gottshalk et Olshausen.

Observation 30.

Femme présentée ainsi que la suivante, le 21 novembre 1893, à la Société d'obstétrique de New-York.

Avait subi, en même temps la ventrofixation, l'opération d'Alexandre Adam, l'ablation d'un kyste de l'ovaire, l'amputation de la portion vaginale du col, un curettage et plus tard une néphrorrhaphie et une périnéorrhaphie.

Devient enceinte après l'opération et se trouvait dans le 7e mois de sa grossesse.

A l'examen on trouva un épaississement du tissu utérin au niveau du point de fixation. (L'utérus avait été fixé par 3 sutures inclinées au crin de Florence).

Observation 31.

Hystéropexie et curettage au cours duquel la spatule tranchante détermine une perforation de la paroi interne. On lui avait fait, en même temps, l'opération d'Alexandre Adam, ainsi qu'une colporrhaphie antérieure et postérieure.

Cette femme devint enceinte et malgré les nombreuses opérations subies; elle était presque à terme au moment de la communication faite par d'Edebohls.

Observation 32.

Grossesse après l'opération. La femme meurt subitement d'une affection organique du cœur.

Observations 33, 34, 35.

Edebohls cite encore 3 cas de grossesses et d'accouchements normaux consécutifs à l'opération.

Observation 36. — (Howitz-Meyer) rapportée dans le travail de Milander.

Hystéropexie (fixation du fond de l'utérus au niveau de l'incision abdominable) avec ablation des annexes d'un côté.

Au bout de quelques mois, conception, grossesse normale, accouchement à terme. Mais un an après, récidive de la rétroflexion.

On trouvera une autre observation des mêmes auteurs parmi celles d'intervention au cours de la grossesse.

Observations 37, 38, 39. — Bion (travail de J. Milander). Trois Cas.

2 Cas de grossesses avec accouchement normaux, plus une grossesse en cours.

Ces cas sont survenus après des hystéropexies faites suivant le procédé Léopold Cyerny pour des retrofléxions adhérentes. Persistance des adhérences.

Observation 40. — Currier (travail de J. Milander)

Rétroversion, cas d'insuccès de la méthode de Schûltze ; hystéropexie, ablation d'un ovaire malade, grossesse et accouchement normaux.

Persistance des adhérences.

Observation 41. — Condamin (travail de J. Milander)

Hysteropexie suivant la méthode de Laroyenne, grossesse; 2 ans après l'opération, jusqu'au 6e mois, quelques douleurs au niveau de la matrice ; accouchement normal.

Persistance des adhérences.

Observations 42, 43, 44. Gouilloud (Travail de Milander)

Gouilloud a observé 3 grossesses normales, après ventrofixation ; toutes les trois se terminèrent à terme par un accouchement normal (thèse de Bouffandeau.).

Voici une de ces observations rapportée par Berruger.

Observation 42

Retroversion pour Salpingo-Ovarite. — Ablation unilatérale d'annexes gauches. — Hystéropexie.— Grossesse. — Accouchement normal trois ans et demi après l'opération. — Maintien de l'utérus en bonne position.

Marie J.., 21 ans, entrée salle Thérèse le 21 mai 1891.

Réglée à 13 ans. Mariée à 17 ans.

Fausse couche de 3 mois, dix-huit mois après son mariage, souffre dans le ventre depuis cette époque.

Point de côté, à gauche, surtout pendant la marche.

Impossibilité de soulever le moindre fardeau et de travailler

à son ménage (mari cultivateur); ne peut guère que se livrer à la couture.

Au toucher, utérus en antecourbure et en rétroversion. A gauche, résistance du ligament large. Au fond et en arrière on sent une tumeur de salpingo ovarite. A droite on sent aussi une résistance vague mais sans masse de salpingo ovarite.

Opération le 27 mai 1891. Ablation des annexes gauches peu malades, mais présentant une fixation bien nette du pavillon de la trompe au fond du bassin.

Rien que quelques brides insignifiantes à droite ; on laisse les annexes droites.

Hystéropexie, par le procédé de M. Laroyenne. Sutures séparées du péritoine, de la couche musculo-aponrévotique et de la peau en surget et au catgut.

Suites simples ; au neuvième jour la température, qui n'avait pas dépassé jusque là 38°2, s'élève à 39°2, mais redescend ensuite pour se maintenir définitivement autour de 37°5.

4 novembre 1891. — Revue par M. Gouilloud, la malade est très satisfaite du résultat. Elle peut vaquer à ses occupations, à son ménage, alors qu'avant l'opération elle ne pouvait plus que se livrer à la couture.

Elle ne peut pas encore marcher beaucoup : elle commence à souffrir à gauche au bout d'une demi-heure de marche, mais elle va toujours en s'améliorant.

Bien réglée ; ses règles avancent plutôt et durent six jours. Très peu de pertes blanches, digère très bien, pas de constipation, souffre de temps en temps à droite, mais d'une douleur passagère et modérée ; se plaint d'une légère toux nerveuse au moment des règles ; spécialement après, beaucoup d'embonpoint : deux mois après sa sortie de la Charité elle avait gagné deux kilogs.

L'utérus est en antéposition normale.

Cicatrice à peine perceptible, située à 3 doigts au-dessus des poils du pubis. A ce niveau de la ligne blanche on a la sensation bien nette d'une plus grande solidité qu'au-dessus

Le cul-de-sac gauche est souple ainsi que le droit.

Mme J. présentant un peu de nervosisme, M. Gouilloud lui conseille le drap mouillé au printemps.

20 juin 1892. Va toujours bien mieux qu'avant son opération. Les douleurs du côté gauche ont disparu.

Pas de constipation.

Mais elle souffre un peu à droite. Il y a un mois et demi, elle avait déjà un peu souffert, et elle souffre encore, de nouveau ces jours-ci, avec quelques irradiations dans la cuisse droite. Souffre un peu pour uriner. Les règles durent huit jours, pas de pertes blanches.

Au toucher, c'est à peine si l'on devine, à droite, une petite adhérence au Douglas, mais pas de masse.

M. Gouilloud prescrit des injections vaginales et un tampon d'ichtyol.

2 août 1892. Madame J. va très bien, l'état local est parfait, mais elle tourne à l'hypochondrie, c'est ainsi qu'elle se plaint plutôt à gauche du côté de son ancienne lésion ou se trouve cependant une souplesse parfaite.

M. Gouilloud fait suspendre le dernier traitement et ne prescrit que l'hydrothérapie.

6 novembre 1892. Va très bien localement.

Se plaint de sa digestion. Elle a un peu de dilatation stomacale, vomit quelquefois certains aliments, ne peut supporter un corset présente au clapotement sous-ombilical.

La malade ne peut marcher longtemps.

On prescrit : gouttes amères de Baumé, naptol, et magnésie et on lui fait porter un bandage à plaque destiné à remplacer la sangle de Glénard.

30 avril 1894. La malade a passé un bon hiver. Elle a continué l'hydrothérapie et se trouve bien de ce traitement.

Elle présente quelques symptômes de grossesse probable. Les dernières règles sont venues fin janvier. Maux de cœur et vomissements qui sont devenus plus rares ces jours ci. Pas de symptômes pelviens spéciaux.

Examen local. Utérus en bonne position (on ne trouverait rien de spécial si on n'était pas prévenu), un peu plus attiré à droite. Jusqu'ici elle portait sa ceinture à plaque, mais moins serrée.

Novembre 1894. Accouchement normal, les vraies douleurs

ayant duré deux heures seulement. La malade est assistée par le docteur Mouvenoux.

8 décembre 1894. Revue par M. Gouilloud, pour un abcès du sein. Rien du côté du ventre. L'involution utérine a été parfaite. L'utérus est plaqué contre la paroi antérieure de l'abdomen.

Observation 45. (Laroyenne). Th. Bouffandeau, Lyon, 1893.

Hystéropexie. — Grossesse et avortement consécutif à un effort.

S... M... vingt-sept ans.

Dysménorrhée, troubles nerveux. Il y a un an et demi, fausse couche de trois mois ; depuis, métrorragies, souffre beaucoup, travail devenu impossible, marche très difficile.

Diagnostic. — Utérus en rétroversion, fixé par les adhérences au niveau des annexes gauches.

25 mars. Opération par Gouilloud. Adhérences fixant l'ovaire et la trompe en arrière aisément détachées. Ablation de l'ovaire et trompe, à gauche. Annexes droites saines. L'utérus est ramené facilement contre la paroi abdominale antérieure. Hystéropexie par procédé de Laroyenne par deux aiguilles.

Avivement au bistouri de la face antérieure de l'utérus, sur une étendue de 3 centimètres carrés. Fixation par deux fils de catgut qui comprennent toute l'épaisseur des lèvres de la plaie y compris même la peau.

21 avril. Utérus parfaitement fixé contre la paroi abdominale. Col très haut.

19 janvier 1892. Ne souffre toujours pas.

Ayant repris les rapports sexuels, a dû les suspendre, parce qu'ils occasionnaient des douleurs pendant et après, avec nausées.

15 mars. N'a pas eu ses règles depuis le 4 février. Quelques malaises nerveux. Utérus toujours plaqué contre l'abdomen, un peu à droite.

Fin mars. A la suite d'un effort, fausse couche de deux mois et demi.

24 avril. Va aussi bien que possible, travaille toute la journée, marche pendant deux ou trois heures. Utérus en bonne position.

5 octobre 1893. Devenue enceinte, a accouché à terme le 20 août dernier, c'est-à-dire un an environ après son opération. Accouchement spontané, prompt, les fortes douleurs au dire du mari ayant duré deux heures. Enfant bien portant.

Utérus ayant subi son involution comme normalement, situation telle qu'après l'opération ; fond fixé à la paroi abdominale au niveau de la ligne de suture qui ne s'est nullement laissé distendre. Etat local parfait.

2e grossesse normale terminée par un accouchement normal (Milander).

Observation 46 (Laroyenne) In. Thèse Bouffandeau.

Hystéropexie. — Grossesse et accouchement normaux.

A. L... 34 ans, entrée le 8 août 1892.

Légère dysménorrhée au début. Mariée à 24 ans. Deux enfants. Quatre grossesses dont une fausse couche. Dernier accouchement à terme, il y a sept mois et demi. Souffre depuis trois mois.

Examen : Rétroversion avec un certain degré de rétroflexion. Utérus peu mobile. A pu être réduit, mais aucun pressaire n'a pu être gardé.

10 août. Hystéropexie par procédé Laroyenne.

Annexes saines. Opération simple.

4 Octobre. Malade sort.

Résultat opératoire excellent. Cicatrice abdominale petite et solide. Utérus parfaitement maintenu contre la paroi.

Grossesse et accouchement normaux.

Observation 47 (H. Léon thèse) (Laroyenne).

V. P... mariée à 20 ans.

Deux enfants, une fausse couche d'un mois et demi, il y a

huit mois, à la suite de laquelle elle eut une pelvi-péritonite. Entrée dans le service en décembre 1892. Traitée par le repos et les topiques. Amélioration.

En juin 1893, se plaignant de vives douleurs lombaires, la marche rendue très pénible,

Examen. Rétroflexion. Un peu d'empâtement dans le cul-de-sac latéral gauche.

Hystéropexie le 9 juin. Laparotomie. Déchirures d'adhérences entourant l'ovaire et la trompe, à gauche. L'utérus amené au niveau de la plaie, est fixé à la paroi par deux fils de catgut ; suites simples.

23 juin. Guérison, malade ne souffre pas pendant la marche. Culs-de-sac latéraux souples, annexes soulevées, non douloureux à la pression.

10 novembre. Les résultats se maintiennent.

14 février 1894. Revient dans le service. Dernières règles depuis le 15 janvier.

Le 12 février au soir, a été prise subitement de maux de reins et coliques dans le bas ventre, bientôt suivis d'hémorragies très très abondantes qui n'ont pas cessé depuis.

A l'examen, on sent, sous anesthésie, dans l'orifice cervical externe, des débris placentaires qui saignent et sont enlevés à la curette par M. Condamin.

23 février. Sort guérie, utérus parfaitement fixé à la paroi.

Observation 48 (Jeannel) Lamort, *loc. cit.* p. 95.

Hystéropexie indirecte. — Grossesse et accouchement à terme, sans incidents.

Malade, après castration unilatérale et hystéropexie indirecte (Kœberlé), devenue enceinte et accouchée à terme sans incidents.

Observation 49 (Chaput) *Bull. Soc. obst. et gyn.* Paris 1893. — Th. Lamort. p. 86.

Hystéropexie type. — Grossesse et accouchement normaux.

R..., trente et un ans, premier accouchement à vingt ans, un deuxième à vingt-huit ans. Depuis 1890, métrorragies, douleurs. Rétroflexion.

Septembre 1890. Laparotomie. Castration unilatérale.

Utérus volumineux, redressé, fixé à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic par trois sutures perdues. Guérison.

Septembre 1891. Amélioration persiste. Envies assez fréquentes d'uriner pendant la marche.

Novembre 1892. Accouchement à terme à la suite de grossesse normale. Mictions fréquentes.

Adhérences conservées.

Observation 69.

Slavianski a rapporté au IV Congrès en l'honneur de Pirogoff, un cas de grossesse suivie d'accouchement normal chez une malade qu'il hystéropexia.

Observation 51. — (Pinard) Thèse Lamort, p. 58.

Hystéropexie. — Grossesse normale.

Opération par Terrier. Devient enceinte six mois après. Grossesse, évolua jusqu'à terme sans accidents, mais il n'y eut aucune accommodation pelvienne. L'utérus ne descendit à aucun moment dans l'excavation, qu'après dilation complète ; on fut obligé de fixer le fœtus à l'aide de la ceinture eutocique. 2° Au moment de chaque contraction on voyait la paroi abdominale se froncer au niveau de la cicatrice. Suites de couches physiologiques. Les adhérences n'ont pas été rompues pendant le travail et ont subsisté.

Observation 52. — (Bar) Thèse Lamort, p. 59.

Vingt-quatre ans. Rétroflexion. Hystéropexie par G. Marchand. Grossesse. Douleurs suivant le trajet de la cicatrice. Utérus bien fixé au niveau de la suture. Accouchement normal. Délivrance spontanée. Légère hémorragie arrêtée par des injections vaginales chaudes et de l'ergotine. Involution utérine et suites de couches normales. Persistance des adhérences.

Observation 53. — (Routier) Th. M. Baudoin, p. 375.

Rétroflexion. — Hystéropexie indirecte complémentaire. — Grossesse normale. — Accouchement à terme

L. P..., 24 ans, première grossesse à 21 ans, accouchement à terme, enfant mort. Deuxième grossesse et accouchement à terme, en juin 1887. Depuis, douleurs abdominales, troubles menstruels. Obligée de cesser son travail à cause de ses douleurs, entre à Laënnec, en novembre 1888.

Palper douloureux dans la fosse iliaque. Utérus peu mobile et douloureux. Le fond est immédiatement en arrière du col. Rétroflexion très accentuée.

Laparotomie le 1er décembre 1888. Le fond de l'utérus est relevé avec le doigt. L'ovaire droit kystique est enlevé et le pédicule fixé au bas de l'incision abdominale par le dernier crin de Florence de la suture.

Pas de suites opératoires.

Sort le 4 janvier 1889.

24 avril 1889. Enceinte de deux mois et demi. Utérus en bonne position.

31 octobre. Accouchement normal d'un garçon.

10 novembre. Utérus en très bonne position.

10 décembre 1889. Utérus bien en place. Pas de douleurs.

Décembre 1891. Deuxième accouchement à terme.

Observation 54 (Routier) Th. Baudoin, p. 395. Th. Lamort, pp. 84 et 104.

Hystéropexie directe. — Deux grossesses normales consécutives.

X..., 21 ans. Deux accouchements, à 16 et 20 ans. Depuis celui-ci, douleurs, rétroflexion.

14 décembre 1889. Laparotomie, annexes saines. Le fond de l'utérus est fixé avec un simple fil de gros catgut. Guérison simple.

Depuis, deux grossesses normales.

Février 1893. A la suite, déchirure pendant le dernier accouchement, restauration périnée.

Depuis son dernier accouchement, douleurs pendant la marche. Léger degré de rétroversion.

Observation 55 (Sinclair). *Manchester chronicle*, ap. 1894.

Rétroflexion. — Hystéropexie. — Trois grossesses normales.

L. Y... Comme antécédents puerpéraux, quelques troubles à la suite d'une fausse couche. Au moment de son entrée, octobre 1891, souffrait d'une rétroflexion avec adhérences. Les ovaires ne paraissent pas être engagés dans le Douglas. L'emploi de tampons et de douches, suivant la méthode de Schultze, ne réussit pas à rectifier la position de l'utérus. Ventro-fixation le 15 octobre 1891.

On trouve l'utérus complètement adhérent au fond du cul-de-sac de Douglas et les ligaments larges repliés en arrière, mais sans que les ovaires aient été attirés en bas. Adhérences facilement rompues et l'utérus est amené dans la plaie abdominale. Légère hémorragie au niveau des adhérences. Ventro-fixation complétée par huit points de suture au catgut, au fil de soie fort, et à la soie fine. Guérison rapide.

Au commencement de l'été 1892, six mois après l'opération, la malade vient me consulter.

Je la trouvai enceinte de 4 à 5 mois, et aussi loin que je pus prolonger mon examen, la matrice me parut en situation normale. A part une sensation de tiraillements au niveau de la cicatrice, elle ne se plaignait de rien. On lui conseilla d'entrer à la maternité pour être observée avec beaucoup de soin.

Le travail se déclara et se termina rapidement. Tout se passa, d'après ce qui m'a été décrit, d'une façon absolument normale. Car, c'est seulement le lendemain de son accouchement que j'appris qu'elle était entrée. Les suites de couches, soigneusement observées, n'ont présenté rien d'anormal.

L'involution de l'utérus s'est parfaitement accomplie, et la malade est partie avec son enfant vivant, se portant aussi bien que possible, si ce n'est un peu de cystite.

Revue le 6 mars 1894, soit deux ans et cinq mois après l'opération.

J'appris alors qu'elle avait eu, au mois d'août dernier, une fausse couche de trois mois, alors qu'elle était très malade de l'influenza. Il n'y a pas d'autre cause à quoi elle puisse l'attribuer.

Elle est encore maintenant enceinte de 4 mois. Elle porte une ceinture abdominale et se trouve très satisfaite.

Le fond de l'utérus est dans la situation normale qu'il doit occuper au 4e mois.

La malade éprouve une certaine gêne causée par un tiraillement au niveau de la cicatrice, elle éprouve encore quelques légères suites des malaises de la grossesse. Elle a aussi un peu de cystite. Bon état général.

Observation 56 (Sinclair.)

Hystéropexie. — Grossesse en cours.

H. M..., trente-et un ans. Douleurs constantes dans le dos, ne lui permettant pas de faire son ménage.

A son entrée, on constate une rétroflexion très accusée de l'utérus, qui est gros et sensible. Elle ne peut être réduite de force sans anesthésie.

Ventro-fixation par procédé habituel, le 19 avril 1893. Guérison. La malade quitte l'hôpital.

Revue le 19 mars 1894, onze mois après l'opération.

Elle était alors enceinte de sept mois et demi, depuis l'opération, s'est toujours bien portée et vaquait à ses occupations sans fatigue. Elle porte une bonne et forte ceinture. Au début de sa grossesse, elle a beaucoup souffert de malaises. Mais ceux-ci ont cessé à la fin du quatrième mois. Actuellement, n'éprouve pas de gêne d'aucune sorte.

A la palpation, le fond de l'utérus est bien au-dessus de l'ombilic. Comme forme et comme position, il est normal.

La cicatrice s'est élargie, surtout à la partie inférieure et mesure 7 pouces (15 centimètres) d'une extrémité à l'autre.

La malade entre à la Maternité.

Observations 57, 58, 59. Poltowicz (travail de Milander) *Gazette de la Suisse Romande*, Janvier et Mars 95.

Poltowicz cite 20 ventro-fixations dont 3 furent suivies de grossesses. Dans 2 cas on fut obligé de recourir au forceps dans un troisième on fit l'opération césarienne.

Observation 60 (frommel, inédite). *Zeit. F. G. u Gyn.*, 27, 2).

B. R..., vingt-cinq ans. Réglée régulièrement. Deux accouchements dont le premier en janvier 1889 avec deux jumeaux et le deuxième en décembre 1889.

Entre le 30 octobre 1890. Violentes douleurs lombaires irradiées. Utérus en rétroversion fixée. Annexes normales à droite, à gauche comprises dans une masse de la grosseur d'un œuf de poule, douloureuse à la pression. Traitement pendant quatre semaines par le massage sans résultats Même succès dans une tentative de réduction sous le chloroforme.

Opération le 29 novembre 1890. Adhérence des anses intestinales aux organes pelviens non détachée. L'utérus et les annexes étaient entièrement entourés de fausses membranes. L'utérus fut mobilisé, puis les annexes libérées de leurs adhé-

rences. La masse perçue à gauche comprenait l'ovaire et la trompe. Dans l'ovaire se trouvait un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui creva pendant la rupture des adhérences et vida son contenu, qui ressemblait à un caillot sanguin. Les annexes furent laissées et l'utérus fixé à la paroi abdominale par deux sutures, l'une comprenant le fond, et l'autre les ligaments ronds. Fermeture de la plaie abdominale par sutures séparées : Guérison.

Un an après se trouvait enceinte de sept mois. Utérus fortement fixé à la paroi abdominale. De chaque côté on sentait deux cordons de la grosseur d'un crayon, descendant jusqu'à la région inguinale et que l'on suppose être les deux ligaments qui avaient été fixés. Cicatrice élargie. Fœtus en présentation du sommet, tête mobile. Travail le 30 avril 1891, dura deux heures, version.

Légère hémorragie jusqu'à l'expulsion du placenta. Involution normale de l'utérus. Dix jours après, on ne sent plus l'utérus au-dessus de la symphyse, ont sent très bien un cordon ligamenteux de la largeur de deux travers de doigt, allant de l'utérus à la paroi abdominale antérieure.

Observation 61. — (A. Gubaroff. *Sem. méd.* 5 juin 1895.)

Le 6 février dernier entrait dans la salle d'accouchements de notre clinique une jeune femme de 23 ans, se disant en travail depuis deux jours ; ses dernières règles dataient du commencement du mois de mai ; elle était donc sensiblement à terme. D'après les cahiers de la clinique, quatre ans auparavant, elle avait été traitée ici pour une rétroversion de l'utérus retrofléchi, et le 2 juin 1890, mon prédécesseur, M. le professeur Küstner, lui avait fait une ventrofixation. Après avoir pratiqué la laparotomie, on avait attiré l'utérus vers l'angle inférieur de l'incision abdominale, et on l'avait fixé en ce point par trois sutures au crin de Florence. L'opération avait duré quinze minutes : Les suites en furent simples, et la malade quitta la clinique au mois d'août, complètement guérie.

Pour en revenir au moment où nous vîmes la malade au mois de février dernier, les douleurs avait débuté la veille de

son entrée à l'hôpital, vers sept heures. Cette femme était, vous vous le rappellez, d'une stature moyenne, bien constituée, à tissu adipeux développé. A deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, on apercevait la cicatrice d'une incision. Le ventre était distendu, principalement dans sa partie gauche ; l'ombilic était effacé. Dans la région épigastrique, surtout du côté gauche, on voyait des vergetures gravidiques récentes. La ligne blanche, ainsi que les aréoles étaient fortement pigmentées. Les glandes mammaires étaient volumineuses ; on y percevait bien les acini ainsi que les tubercules de Montgomery, et la pression faisait sourdre du colostrum. La température était de 37.2, le pouls battait 60 fois à la minute. Le soir la température restait à 37.2 mais le pouls tombait à 48, sans qu'on put trouver la cause de ce ralentissement ; les bruits du cœur étaient normaux. Le palper indiquait que l'utérus dépassait de trois travers de doigt l'ombilic. Au niveau du détroit supérieur, pas de partie fœtale. L'utérus avec son contenu restait mobile au-dessus de ce détroit. La matrice présentait la forme d'un ovoïde allongé transversalement, dont le bout aminci se trouvait dans l'hypocondre gauche.

Les contractions utérines gênaient la perception des parties fœtales. Néanmoins, on réussit à déceler dans la fosse illiaque droite la tête du fœtus, et au-dessus, des petites parties. D'autres petites parties étaient situées dans le bout aminci de l'ovoïde utérin, en haut et à gauche.

Dans la région hypogastrique gauche, on percevait distinctement un foyer d'auscultation du cœur fœtal, sur le milieu d'une ligne descendant de l'ombilic vers le tiers externe du ligament de Fallope. A deux travers de doigt au-dessus de la symphyse, on trouvait en dehors de la ligne médiane et de chaque côté, les deux ligaments ronds de l'utérus fortement hypertrophiés. Sur la ligne médiane elle même, au-dessus de l'ombilic on pouvait sentir, sur le contour supérieur de l'utérus, une dépression. En saisissant la cicatrice abdominable, on constatait qu'elle était fixée sur toute son étendue à la surface antérieure de l'utérus, et que son extrémité supérieure rejoignait la dépression que je viens de mentionner. Le toucher vaginal exercé avec deux doigts ne donnait aucun renseignement. La por-

tion vaginale du col était tellement haut, qu'on ne réussissait même pas à l'atteindre. Après anesthésie chloroformique, l'exploration manuelle fut pratiquée et permit de reconnaître un rétrécissement du vagin, au-dessus duquel était situé le col, dont l'orifice était complètement fermé. Les dimensions pelvimétriques ne révélèrent aucune anomalie du bassin osseux. J'ajouterai qu'il y avait un peu d'albumine, sans cylindres, dans les urines. En présence de ce cas, le diagnostic qu'il convenait de porter me paraissait donc être le suivant : utérus gravide, fixé en antéversion : présentation transversale en A. I. D. de l'épaule gauche, dos en avant (tête à droite), la date de la grossesse remontant vers le milieu du dixième mois lunaire.

Rappelez vous maintenant comment nous avons procédé.

Des tentatives de version par manœuvres externes réussissent à pousser la tête vers la direction du détroit supérieur, sans pourtant pouvoir l'y amener franchement. Le foyer d'auscultation se déplace pendant cette évolution fœtale et remonte vers l'ombilic ; mais des contractions énergiques ramènent le fœtus dans sa position primitive. On applique alors un bandage (dans le genre de celui qu'emploie le professeur Tarnier) pour fixer la tête du mieux possible et l'on attend jusqu'au jour suivant.

Le lendemain soir, nouvelle tentative de version par manœuvres externes, qui échoue comme la précédente. Nous prenons le parti d'attendre jusqu'à la dilatation complète du col pour faire la version podalique suivie d'une extraction, s'il ne se présente pas de nouvelles indications. Le 8 février au matin, l'état des choses ne s'est pas modifié. Les douleurs persistent, revenant toutes les dix à quinze minutes et revêtant le caractère tétanique. La malade n'a pas dormi de toute la nuit, elle se plaint de céphalalgie, de somnolence ; ses urines contiennent de l'albumine ; l'auscultation du cœur fœtal donne des chiffres variables, s'élevant jusqu'à 130 et descendant jusqu'à 100 pulsations par minute. Le col reste fermé. Le toucher ramène quelques gouttes de sang colorant le mucus qui recouvre le doigt explorateur.

On se décide à faire une laparotomie, et on prépare tout pour une opération césarienne éventuelle.

A dix heures du matin, le 8 février, nous menons une incision sur la ligne médiane, au long de la cicatrice existante ; cette incision commence à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et se termine à un travers de doigt au-dessus de la symphyse. Le péritoine est ouvert au niveau du bord droit de la cicatrice. Les adhérences utéro-pariétales sont tellement solides qu'il est impossible de les détacher avec les doigts. Tout le long de la cicatrice, on trouve sur la ligne médiane une adhérence pleine, dont les attaches, à la surface antérieure de l'utérus, ont la largeur d'un travers de doigt.

L'extrémité supérieure forme une bride solide, de l'épaisseur du petit doigt, qui passe sur le fond de la matrice et se fixe sur le bord postérieur du fond, en y creusant une dépression constatée à l'examen. La section de cette bride avec les ciseaux montre dans son épaisseur des vaisseaux, artères et veines, qu'il faut pincer.

L'utérus est assez facilement ramené dans sa position normale et on constate, au toucher vaginal, que le col, dont l'orifice externe ne donne passage qu'à la dernière phalange du doigt explorateur, est situé immédiatement au-dessus du rétrécissement vaginal déjà mentionné. La surface de la paroi antérieure de l'utérus, privée de péritoine, forme une bande d'un travers de doigt de largeur. Cette surface donne lieu à une hémorrhagie qu'on ne parvient pas à arrêter par de la compression avec de la gaze iodoformée. On se décide alors à pratiquer l'opération césarienne. Ayant agrandi avec des ciseaux la plaie de la paroi, au-dessus de l'ombilic, on réussit à faire sortir l'utérus de la cavité abdominale. Ceux de vous qui ont assisté à l'opération ont pu voir la grosseur des veines, qu'on apercevait près des annexes utérines. Le plexus pampiniforme était formé par des veines du calibre d'un crayon ordinaire. La section de la paroi utérine a lieu sur la face antérieure de l'organe, le long de la cicatrice. En haut, vers le fond de l'utérus, cette incision est dirigée vers le côté gauche pour éviter le placenta, dont les souffles nous ont semblé plus intenses à droite et en haut, ce qui nous avait fait penser que l'arrière-

faix se trouvait de ce côté ; cela fut, d'ailleurs, confirmé ultérieurement.

Après avoir pénétré dans la cavité de l'œuf, nous rencontrons des anses du cordon, présentant une grande ressemblance avec des anses d'intestin grêle remplies de méconium. L'enfant saisi par une de ses extrémités inférieures est extrait rapidement. On coupe le cordon, dont le bout utérin est lié par un aide, et on met une pince à forcipressure sur le bout fœtal. L'enfant nait en état apparent d'asphyxie, mais il est bientôt ranimé, et vous vous rappelez ses cris, qui retentissaient pendant que nous faisions la suture de la plaie interne. Le placenta et les membranes sont facilement dégagés.

La cavité utérine, est soigneusement lavée et essuyée. L'hémorrhagie n'a pas été abondante et a été facilement enrayée par les doigts d'un aide, qui comprimait le col utérin. L'application d'une anse élastique n'a pas été faite, et je regrette de l'avoir placée provisoirement (afin de pouvoir la lier en cas d'urgence), parce qu'elle a gêné les mouvements de l'aide changé de comprimer la partie cervicale de l'utérus. Nous avons pu nous convaincre que les doigts d'un aide suffisent pour assurer l'hémostase. Pour donner un libre cours aux lochies, j'ai essayé d'introduire successivement un, puis deux doigts dans le canal cervical, en les glissant du côté de la cavité utérine, ce à quoi je suis parvenu assez facilement.

La plaie utérine a été réunie par des sutures à la soie, profondes et superficielles ; ces dernières placées à la façon de sutures du pelletier.

C'est de parti pris, que je ne me suis pas servi de la suture séro séreuse de Lembert, comme le fait Sänger, parce que ce cas et quelques autres m'ont appris, qu'en mettant au contact une surface séreuse avec la surface d'une plaie, on obtient des adhérences plus solides qu'en appliquant une surface séreuse sur une surface séreuse.

Après avoir fermé la plaie abdominale, j'ai introduit dans le vagin les dilatateurs coniques de L. Tait, dont je me sers toujours pour faire la dilatation rapide du col, et après m'être rendu compte que mon index passait facilement dans le canal cervical, j'ai lavé avec une solution de lysol la cavité interne à

l'aide d'une sonde de Budin. Pour assurer une bonne contraction de l'utérus (bien qu'il fut fortement rétracté, grâce au massage de ses parois et à une injection de cornutine Robert), j'introduisis dans la cavité utérine une bande de gaze iodoformée. L'opération dura trente-cinq minutes. La femme fut transportée dans un lit chaud ; on plaça sur l'abdomen de la glace, qu'on enleva le soir même ; en somme on appliqua le traitement ordinaire des laparotomisées.

L'enfant est une fille bien conformée. Les dimensions et son poids montrent qu'elle est née huit ou dix jours avant le terme, par conséquent, comme nous l'avions pensé, vers le milieu du dixième mois lunaire. Elle prend bien le sein et a l'air vivace. La circonférence de la tête est de 34 centimètres.

Observation 62 (Milander).

K. J..., 28 ans, russe. 6e enfant. Les accouchements antérieurs normaux. Un avortement.

A cause du prolapsus de la paroi vaginale antérieure et de la rétroflexion utérine, le 23 février 1893, le professeur Kustner procéda à la ventrofixation de l'utérus. Le 13 septembre 1894, je fus mandé pour l'accouchement qui eut lieu peu de temps avant mon arrivée, en présence de la sage-femme.

Etat : la femme est de stature moyenne, bien constituée et le tissu adipeux est bien développé. Le fond de l'utérus a deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A deux travers de doigt au-dessus de la symphyse, une cicatrice de la largeur de la main sur la ligne blanche, qui est reliée à la face antérieure de l'utérus, la paroi abdominale est un peu déprimée en cet endroit.

L'utérus agrandi se déplace facilement des deux côtés ; ce qui tend le cordon d'adhérence et oblige la cicatrice abdominale à suivre le déplacement. L'arrière faix n'est pas encore éliminé.

Faible hémorrhagie qui s'arrête ensuite par le massage, une fois le placenta expulsé. L'enfant né en OIGA est une fille venue à terme. Suites de couches normales.

Condition le 9e jour : utérus agrandi, fond à deux travers de

doigt au-dessus de la symphyse, fixé à la paroi abdominale ; la portion vaginale regarde vers le sacrum, facile a atteindre ; l'utérus est mobile.

Observation 63.

A. S..., 42 ans, aubergiste.

12e enfant. Admise le 27 mars à la clinique comme femme enceinte. Elle avait déjà été reçue une première fois le 5 mai 1893 pour subir une opération, elle se plaignait à cette époque d'un prolapsus datant de 10 ans et qui s'était aggravé à chaque accouchement. Elle ne souffrait vraiment que depuis le dernier accouchement survenu en mars 1892, et auquel avait succédé une disparition des règles. Les accouchements antérieurs avaient été normaux. Deux jumeaux étaient nés du troisième. Le professeur Kustner pour remédier au prolapsus total de l'utérus, procéda, le 19 mars 1893, à la ventrofixation. Quatre sutures (une se déchira); les fils traversent l'utérus, le péritoine, les muscles et les aponévroses. Colporrhaphie antérieure et postérieure. Exeat de la malade le 13 juin 1893. Aussitôt après la sortie de la clinique, grave maladie de 4 mois à la maison, compliquée de fièvre et d'anasarque. Elle suit un traitement et se rétablit; les règles reparaissent, mais irrégulièrement.

L'époque des dernières n'est pas indiquée par la malade. Elle ressentit les premiers mouvements de l'enfant le jour de Noël en 1894. Elle entre le 23 mai à la Clinique, vers 9 heures du matin, après rupture de la poche des eaux. Dans la nuit précédente, elle avait ressenti les premières douleurs. Etat : bonne constitution, haute stature, tissus adipeux et musculaire faiblement développés. Nombreuses vergettures anciennes. Sur la ligne blanche, cicatrice de laparotomie commençant à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse, d'une longueur de 9 centimètres.

L'abdomen est très saillant dans sa partie inférieure. Les flancs sont élargis. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; la tête de l'enfant est à droite, la région coccygienne à gauche, les petites parties en avant. La paroi abdominale antérieure est fortement adhérente sur

la ligne blanche, à l'endroit de la cicatrice et de la face antérieure de l'utérus. L'adhérence s'étend jusqu'au bord supérieur de la cicatrice. En déplaçant latéralement l'utérus, l'adhérence, suit les mouvements et on la sent nettement au travers des minces parois abdominales. On aperçoit une dépression, à fond plat, sur la ligne médiane, le long de la cicatrice. De même, on peut palper nettement les ligaments ronds et suivre leur point d'attache à l'utérus. On se rend compte aussi, que c'était la paroi postérieure de l'utérus fortement dilatée, et non le fond, que l'on sentait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le fond se trouvait à deux travers de doigt au-dessous. Les bruits du cœur de l'enfant s'entendent sur la ligne médiane, à la hauteur de l'ombilic, avec une fréquence de 148 par minute. Les parties sexuelles extérieures de la mère sont œdématiées. Le périnée est très long, par suite de la périnéorrhaphie antérieure. L'entrée du vagin est étroite, la portion vaginale du col s'atteint très difficilement, la lèvre antérieure est particulièrement épaisse, l'orifice utérin extérieur donne passage à deux doigts. La paroi vaginale postérieure est tendue. On sent comme parties procidentes, une omoplate, un bras et une anse du cordon ombilical.

Dsimension du bassin : diamètre bis-iliaque antérieur, 26 centimètres, bis-iliaque médian, 29 centimètres 1/2, bitrochantérien 31 centimètres et diamètre de Baudelocque ou sacro-sus-pubien, 20 centimètres.

On diagnostique une présentation transversale de la deuxième sous espèce.

Marche de l'accouchement.

Douleurs rares, faibles et de peu de durée, survenant toutes les vingt minutes environ.

Pour faciliter la dilatation et retarder l'écoulement du liquide amniotique, on essaye d'introduire dans le canal cervical le ballon de Champetier de Ribes, mais on n'y réussit pas, à cause de la direction de ce canal. Le ballon est laissé dans le vagin. A 5 heures de l'après-midi, on l'enlève ; à ce moment, l'orifice utérin externe livre passage à trois doigts. Comme l'accouchement n'avance pas, que la parturiente se sent très

faible, on décide de dilater avec la main l'orifice utérin et d'opérer la version. Cette dilatation s'obtient assez facilement, au cours d'une anesthésie profonde : on parvient à saisir un pied et on commence l'extraction. Celle-ci se fait très difficilement par suite de la dilatation incomplète de l'orifice cervical, mais celui-ci cède peu à peu, de sorte que l'issue de la tête donne seule lieu à des difficultés déterminant une grande déchirure du périnée.

L'enfant, une fille, est en état de demi-asphyxie ; on la ranime par un bain.

Elle est à terme.

Dimensions : longueur 48 centimètres

poids :	3.300 grammes
circonférence de la tête :	34 centimètres
Diamètres :	8 1/2
	9 1/2
	11 1/2

La délivrance est effectuée par la manœuvre de Crédé, on recoud la déchirure du périnée du 2e degré par 6 sutures au catgut.

Position de l'utérus à la sortie de la femme : fond à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse, fixé aux parois abdominales, utérus mobile et augmenté de volume ; la portion vaginale du col s'atteint facilement et est dirigée en arrière, parois vaginales flasques.

Observation 64 (Van Hassel).

Rétroversion adhérente. — Hystéropexie abdominale. — Grossesse.

Mme P. G..., 27 ans, 4 enfants. Deux premiers accouchements avec forceps, suivis de douleurs dans le bas ventre, qui ont forcé la malade à rester alitée pendant, environ, six semaines. Troisième accouchement simple suivi d'une poussée de pelvi-péritonite. Depuis la quatrième délivrance, qui date de deux ans, et qui la retint trois mois au lit, elle souffre constamment.

Curetée trois fois contre ménorrhagie et irrégularité de la menstruation. Lors de l'examen : douleurs violentes dans le bas ventre, surtout à droite ; menstruée irrégulièrement toutes les deux semaines. Leucorrhée abondante, purulente et fétide. Rapports conjugaux si douloureux que la malade refuse de s'y prêter. Mictions très fréquentes. Selles irrégulières et indolentes. La malade est pâle, maigre, sans force et n'ose marcher. Bas ventre douloureux à la pression. Col très en avant, déchiqueté dans le Douglas ; corps utérin hypertrophié et adhérent au sacrum. Ovaire et trompe gauches augmentés de volume et douloureux. Hystéropexie procédé Jacobs : 2 fils de soie traversant le fond de l'utérus soit d'une seule traite, soit en faufilé et pendus dans l'épaisseur de la plaie. Suture des différents plans de la paroi abdominale pratiquée quelques semaines après l'examen. Ultérus libéré de ses nombreuses adhérences. Annexes droites saines ; les annexes gauches adhérentes étaient simplement congestionnées à cause des obstacles apportés à la circulation et furent laissées.

Suites heureuses. Réunion immédiate obtenue par première intention, avec un summum de température de 37° 3.

La femme a repris ses forces. Elle travaille, ne se plaint plus, et est enceinte de 7 mois.

Observation 65 (Leith Napier).

Hystéropexie abdominale. — Trois grossesses.

A. M..., 30 ans. Six grossesses. Epouse d'un homme d'une humble condition. Malade pendant plus de deux ans. Non seulement elle était complètement incapable de remplir les travaux du ménage, mais encore elle occasionnait à son mari de continuelles dépenses en soins médicaux. Dans cette occurence, après avoir épuisé les ressources d'une gynécologie peu étendue, son médecin comprit qu'il fallait pratiquer l'oophrectomie, Son utérus était fortement rétrofléchi et pressait sur les ovaires prolabés et enflammés, ce qui indubitablement était l'origine ou la cause de l'aggravation des nombreux symptômes réflexes survenus à titre de complication.

Opération le 25 février 1892 par Leith Napier. Au lieu d'enlever les ovaires, qui, de fait, étaient sains, on fit la ventrofixation. Utérus poussé en haut avec la sonde par le vagin. Trois sutures perdues de soie stérilisée. Sutures superficielles au fil de soie grège. Pas de complications après l'opération ; est devenue beaucoup plus forte, peut faire son ménage.

Devenue enceinte à eu un accouchement naturel à terme, le 1er mai.

Le 15 juin 1893. Utérus en excellente position, fixé en avant, involution normale. L'ovaire gauche semblait un peu augmenté de volume.

Des communications du 26 mars et du 9 avril 1896 faites par le docteurs Schacht à la British Gynæcological Societ, il résulte que cette femme a eu un deuxième accouchement normal à terme et qu'elle est maintenant enceinte pour la troisième fois.

Observation 66 et 67 (Leith-Napier).

Le docteur Napier a encore parlé de deux opérées dont l'une aurait accouché à terme et l'autre aurait fait un avortement de deux mois.

Observation 68 (Schacht).

Hystéropexie abdominale.—Grossesse. - Avortement au 4e mois. — 2e grossesse normale.

Mme M..., 31 ans, trois grossesses.

Incapable de travailler depuis quatre ans par suite de douleurs dans le bas-ventre et le dos.

Rétroflexion, ovaires prolabés et très mous, ovaire gauche augmenté de volume.

Opération le 3 juillet 1891, par Schacht.

Pendant l'opération, on trouve un ovaire kystique qu'on enlève avec sa trompe. L'utérus est fixé par trois sutures de soie perdues.

Après l'opération, pas de complications. On place un anneau

de Hodge, avant que la malade s'en aille. 24 juin 1893, très bien portante — Avortement au 4e mois en février, après stérilité de quatre ans — abdomen plat et ferme, cicatrice de un pouce et demi (3 à 4 centimètres) solide ; par le vagin, utérus en bonne position.

Dans sa communication du 26 mars 1896 à la British Gynæcological Society, le docteur Schacht a annoncé que sa malade devenue enceinte pour la seconde fois avait conduit sa grossesse a terme.

Après l'accouchement, on pouvait sentir l'utérus étroitement appliqué contre la paroi abdominale.

Observation 69 (Roux) Thèse Berruyer.

Hystéropexie, rétroflexion mobile, ovaire gauche prolabé. — accouchement à terme normal

Mme D. H. ménagère 31 ans, entrée le 12 novembre 1892.

Menstruation toujours régulière.

En janvier 1892, accouchement normal et suites de couches normales. Depuis 4 à 5 semaines, douleurs dans le dos et le bas ventre.

Culs-de-sac libres ; ovaire droit petit, en place ; ovaire gauche à côté du col. Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve le fond de l'utérus mobile. Le fond de l'utérus peut-être relevé au-devant du promontoire, mais ne peut atteindre la symphyse.

Opération le 17 novembre. Ablation d'un petit fibromyome sous-séreux. Hystéropexie ; 4 fils de catgut dont un passe derrière le fond de l'utérus. Suture étagée.

2 janvier. La malade quitte l'hôpital. Plus de douleurs dans le ventre. Les règles ont duré plus longtemps et ont été plus abondantes. L'ovaire gauche est moins prolabé dans le cul-de-sac. L'utérus est fixé à la paroi abdominale en antéflexion normale.

Cette femme devient enceinte et accouche à terme d'une façon normale.

Observation 70 (Abel) *Bulletin Médical* (18 mars 96).

Hystéropexie. — Opération de Porro.

M. Abel avait été appelé auprès d'une secondipare qu'il trouva dans l'état suivant : le liquide amniotique était en partie écoulé ; un peu de méconium avait aussi été avacué. Le vagin était étiré en tuyau ; l'orifice utérin était très élevé, au voisinage de l'ombilic. L'orifice de l'utérus ne laissait pénétrer que l'extrémité de l'index, et derrière lui, on trouvait le crâne du fœtus qui était logé dans l'excavation de la colonne lombaire. Les bruits du cœur fœtal étaient faibles.

M. Abel résolut de pratiquer aussitôt l'opération césarienne, et fit transporter la parturiente à sa clinique où il l'opéra cinq heures plus tard. L'utérus ouvert, il en sortit un enfant asphyxié, qu'il ne put ramener à la vie. Il fit ensuite l'ablation de l'utérus par la méthode de Porro, parce que l'utérus était uni à la paroi abdominale antérieure par des adhérences solides et que par conséquent, une nouvelle grossesse eut ramené les mêmes accidents que la précédente. Voici quelle était l'origine de ces adhérences.

Quelques années auparavant, un gynécologiste de Berlin avait traité cette femme pour des douleurs abdominales vagues en lui faisant l'amputation du col. Les douleurs ayant reparu, la malade s'étant adressée à un autre spécialiste qui constata de la rétroflexion ; ne pouvant redresser l'utérus à l'aide d'un pessaire, il conseilla et pratiqua la ventrofixation.

Observations 71, 72, 73. (Bastianelli).

(*Annali di ostetrica e ginecologia*, février 1896. — *Semaine gynécologique*, p. 79, n° 12. 21 avril 1896). Résumé.

Sur sept cas d'hystéropexie, trois furent suivis de grossesse à terme, terminée par un accouchement normal.

Manuel opératoire : petite incision médiane, suffisante pour explorer le petit bassin ; on libère les adhérences avec le doigt,

et à l'aide d'une pince, on attire le fond de l'utérus vers la symphyse ; puis on le fixe au péritoine et aux muscles par plusieurs points de suture disposés comme il suit : un de chaque côté, sous la corne utérine correspondante, un sur le fond de l'utérus et quatre sur la face antérieure. Chaque point comprend le parenchyme utérin, le péritoine et les muscles droits ; les deux chefs du fil de soie pénétrent et ressortent l'un près de l'autre sans passer par les lèvres de l'incision péritonéale, en sorte qu'il est possible de suturer complètement le péritoine et d'éviter les hernies consécutives.

Résultats : l'auteur a reconnu dans sa pratique qu'après un certain temps l'utérus n'est plus étroitement fixé à la paroi abdominale ; les adhérences péritonéales s'allongent et forment un appareil suspenseur à l'utérus qui acquiert ainsi une certaine mobilité.

Observation 74-75 (Braitwaite).

Brit. Gyn. Société (26 mars 1896).

M. Mayo-Robson rapporte deux cas dus à un collègue, le docteur Braitwaite.

Dans le premier, il y eut avortement. L'utérus resta en bonne position.

Dans le second, l'accouchement se fit à terme.

Observation 76.

Strassmann cite un cas de Wegner qui se termine par un accouchement artificiel.

Le corps de l'utérus avait été suturé au périoste de la symphyse pendant la ventrofixation.

Observation 77.

Strassmann a observé à la clinique de Gusseran un cas de dystocie chez une femme, à laquelle Dührssen avait fait une

ventrofixation (procédé Czerny Léopold), et l'ablation d'un ovaire.

La femme était une multipare âgée de trente-six ans.

Quand le travail survint, les tissus furent tiraillés au niveau de la cicatrice qui se rétracta.

La descente de l'enfant semblait entravée par le manque de mobilité de l'utérus. La lenteur du travail et l'absence d'engagement (bassin légèrement rétréci dans le diamètre transverse) nécessitèrent l'extraction au forceps. Une hémorrhagie se produisit après la délivrance, due à ce que l'utérus était maintenu élevé (comme chez les femmes qui ont la vessie pleine). L'hémorrhagie cessa, quand à l'aide d'un bandage serré, on fit descendre l'utérus avec la paroi abdominale.

On constata que l'utérus continuait à être étroitement fixé à la paroi abdominale.

Observation 78 (Auteur.)

C... M..., femme R..., 28 ans.

Réglée entre 12 ou 13 ans régulièrement. En 1882, bronchite que se répète l'hiver pendant 2 ou 3 ans, et détermine un certain degré d'anémie. Vers la même époque, apparaissent des pertes blanches, les mictions deviennent fréquentes, les règles peu abondantes sont accompagnées de quelques douleurs de reins, et la malade souffre davantage, dans leur intervalle, à certains moments, où elle perd du sang noirâtre. Sur ces entrefaites, en 1893, la malade se marie ; les symptômes qu'elle présentait s'accusent davantage. Elle désire un enfant et s'étonne de n'en pas avoir. Bientôt le syndrome utérin est presque au complet ; il y a un degré marqué de dyspareunie ; la malade peut à peine marcher ; elle est obligée de s'arrêter à chaque banc, dans la rue, en raison de ses douleurs de ventre et de la sensation de pesanteur qu'elle éprouve au périnée.

Elle vient à la consultation de l'hôpital Lariboisière, et elle est admise dans le service du docteur Peyrot.

Opération. — Le 3 février 94, M. Peyrot, aidé de M. Guinard, pratique la ventrofixation. On trouve sur le cahier d'observations de là note suivante : hystéropexie pour rétroflexion com-

plète douloureuse, incision sur la ligne médiane de 8 centimètres, qu'on porte ensuite à 12 ou 13 centimètres; annexes saines, utérus complètement fléchi ; on le redresse et on le fixe à la paroi abdominale par 3 fils de soie. Le péritoine est fermé dans la portion de l'incision non occupée par l'utérus, avec deux petits surjets au catgut et les aponévroses sont réunies à la soie, la peau au crin de Florence.

Vu la femme le 6 mars 1896. Dès la sortie de l'hôpital, le 29 février 1894 elle a pu vaquer à ses occupations ne conservant qu'une très légère sensibilité au niveau de sa cicatrice. Les douleurs, ainsi que la dyspareunie, ont disparu ; elle voit une dernière fois vers la fin de juillet 1894, et le 24 mars 1895, elle accouche à terme d'une fille.

Forceps. — Mais le médecin qui l'assiste, le docteur Forez, rue de la Chapelle, doit recourir au forceps par suite de la lenteur du travail et de la faiblesse des contractions. Pendant sa grossesse, elle avait peu souffert du ventre, mais elle avait été fort tourmentée par des vomissements et des maux d'estomac.

Après sa couche, cette femme perd du sang pendant 15 jours.

Depuis cette époque, elle allaite son enfant et n'a vu qu'une seule fois, pendant 3 jours. Elle ressent de temps à autre, et seulement quand elle se baisse, une faible douleur dans le côté droit.

Les adhérences sont intactes.

Revu la femme le 11 avril à l'hôpital ; M. Guinard pratique le toucher et trouve un col très élevé, difficile à atteindre ; en mettant une main sur la cicatrice et en refoulant la paroi, on obtient la communication de la pression à la main qui est en contact avec le col ; on constate par ce moyen la fixité des adhérences.

M. Guinard remarque que la malade a considérablement engraissé depuis l'opération.

Observation 79 (Auteur).

B. M..., femme P..., 24 ans, ménagère.
Fièvre scarlatine pendant l'adolescence.

Réglée à 16 ans régulièrement ; durée des époques, 8 jours.

En 1893, à l'âge de 21 ans, mariage.

Accouchement à terme en 94, l'enfant meurt à 12 mois, après avoir présenté des convulsions.

Pendant la grossesse et le travail, on n'a pas constaté la présence d'albumine dans les urines.

Après l'accouchement, la femme perd du sang pendant six semaines, puis l'écoulement devient blanc.

Les règles sont plus abondantes qu'auparavant ; pendant les huit jours qui les précèdent, la malade ressent de violentes douleurs de reins, et doit garder le lit. De plus, en temps ordinaire, elle éprouve pendant la marche, dans le bas-ventre, une sensation de gêne qui est augmentée par la fatigue et devient très pénible.

Des métrorrhagies surviennent entre les époques et décident cette femme à venir à la consultation de l'hôpital. On la reçoit et on lui fait un curetage (1894). Ce traitement n'amène pas une amélioration suffisante et on se décide à corriger la déviation très douloureuse de son utérus par une opération.

Le 5 janvier 1895, le Professeur Agrégé Richelot pratique l'hystérectomie abdominale pour rétroversion non adhérente.

La malade est placée dans la position inclinée; l'utérus attiré au moyen de la pince de Museux, qui le saisit au niveau de sa face antérieure, est fixé à la paroi abdominale par trois points de suture, dont un au-dessus du point de saisie pour éviter l'hémorrhagie possible dans le péritoine.

Elle nous raconte qu'elle est devenue enceinte deux mois et demi après l'opération, ses dernières règles datant du milieu de mars 1895.

Accouchement. — Elle a accouché à terme le 12 janvier 1896 à la clinique Baudelocque. Cette seconde grossesse l'a bien moins incommodée que la première et n'a été accompagnée d'aucun malaise, mais des pertes blanches sont survenues depuis l'accouchement et des douleurs vagues sont ressenties de temps à autre, du côté des reins. Le résultat opératoire est conservé.

Revu la patiente le 1er mai 1896. Son état général est bon ; elle porte continuellement son enfant sur les bras, et malgré

cela, les douleurs de reins n'ont pas augmenté, la sensation de gêne dans le bas ventre n'a pas reparu, la menstruation est régulière.

Observation 80 (Auteur).

Femme R..., employée de commerce, 26 ans.

Deux avortements à 3 mois. Souffre depuis 3 ans environ de douleurs abdominales vives. Elle a dû quitter son emploi. Règles normales et régulières.

Etat actuel d'annexes saines, corps utérin entièrement enclavé dans le cul-de-sac supérieur, petit col, utérus mobile et très douloureux.

Hystéropexie le 27 avril 1894 par M. Richelot.

Cette femme n'a plus souffert depuis l'opération et s'est remise au travail.

Ses règles ont cessé au commencement d'octobre 1895, et le 12 novembre, elle a fait une fausse couche, sans perte de sang, ni douleurs d'aucune sorte.

Elle a revu un jour pendant le mois de décembre 1895, elle est enceinte depuis.

Quand nous avons vu cette femme en avril 1896 sa grossesse évoluait normalement.

L'utérus était adhérent à la paroi abdominale.

Observation 81 (Auteur).

Ve M..., 34 ans, ménagère, originaire du département du Cher, fièvres intermittentes dans l'enfance, première atteinte à trois ans.

Deuxième atteinte à 8 ans probablement du type quarte ; durée quatre mois.

A onze ans pertes blanches et sensation de cuisson en urinant.

Menstruation établie à onze ans et demi. Les règles ont toujours avancé de quatre ou cinq jours, parfois de huit ou dix ; elles duraient cinq ou six jours et ne s'accompagnaient pas de douleurs. Constipation depuis la menstruation.

Première grossesse normale à 21 ans. Comme malaises quelques vomissements au début ; l'accouchement a lieu le 31 décembre 1882 ; il amène une déchirure partielle du périnée. Après la délivrance, cette femme perd du sang pendant six semaines et ne suit aucun traitement. Durant environ six mois, elle éprouve de la douleur dans la région antérieure de la vulve et au niveau de l'urèthre, quand elle se baisse et quand elle urine. Elle allaite 20 mois, sans que ses règles cessent de venir ; des douleurs précèdent leur apparition pendant 2 ou 3 jours.

Deuxième grossesse normale en 85 ; la femme travaille jusqu'à la veille de son accouchement, qui se produit le 22 décembre 1885. Un mois après, débutent des phénomènes gastriques, vomissements aqueux après les repas, qui en se répétant, l'obligent à sevrer son enfant, au bout de 10 mois d'allaitement.

Après le sevrage, les vomissements cessent, les règles reviennent et sont précédées, pendant 2 ou 3 jours, par des douleurs du côté des reins.

Troisième grossesse en 1890, qui s'accompagne de vomissements assez intenses pendant les premiers mois. La gestation est plus pénible que les fois précédentes. Il existe des douleurs du côté des reins, du ténesme vésical et rectal, avec une sensation pénible de pesanteur dans la région périnéale.

Ces symptômes obligent la femme à cesser son travail et à garder la chambre. Dans les derniers mois, les douleurs s'amendent un peu. L'accouchement a lieu le 7 février 1890. Après la délivrance, la femme perd du sang pendant 15 jours. Son état de fatigue la décide à placer son enfant en nourrice.

Elle continue à souffrir au moment des règles et dans leur intervalle. La durée des époques est de 2 jours ; puis au bout de 8 jours, il se produit de nouveau un écoulement de sang, mais très noir.

Le ténesme rectal et vésical persiste. Cet état se prolonge jusqu'en 1894. A ce moment, des métrorrhagies et des ménorrhagies abondantes décident cette femme à consulter plusieurs médecins ; elle est tellement anémiée qu'on lui fait des injections de sérum ; des injections vaginales chaudes ne réussissent pas à arrêter les pertes de sang. La malade se présente à la consul-

tation du docteur Routier qui la reçoit dans son service. On essaye d'abord de traiter sa rétro-déviation utérine par le repos et le massage.

Opération. — Mais ce traitement n'amène aucun résultat, en raison des adhérences qui fixent l'utérus dans sa position vicieuse, et le 10 janvier 1895, M. Routier pratique l'hystéropexie abdominale. Il fixe la paroi antérieure de l'utérus à la paroi abdominale par trois points de suture placés au-dessous de la ligne d'insertion des trompes. (Renseignement fourni par M. Ouvry, interne de M. Routier.)

Accouchement. — L'opération détermine une amélioration considérable dans l'état de la malade qui reprend ses occupations et redevient enceinte trois mois après, vers le milieu d'avril 95. Durant la grossesse on note des douleurs assez marquées au niveau de la cicatrice, des cuissons en urinant et des mictions fréquentes.

Le 15 janvier 96, la patiente se présente à la maternité pour accoucher. La sage-femme en chef, Mlle Hénot l'examine et remarque la position élevée de la tête de l'enfant. Faute de place on envoie la femme chez une sage-femme en ville. Elle accouche le 18 janvier 96, à une heure après-midi ; les premières douleurs avaient débuté environ douze heures avant. Une hémorrhagie suit la délivrance et la sage-femme n'ayant pas réussi à l'arrêter au bout de 10 jours, envoie la malade à l'Hôtel-Dieu annexe, le 28 janvier, dans le service du professeur agrégé Bonnaire.

L'examen fait à l'hôpital montre que l'involution de l'utérus n'a pas été complète ; cet organe est resté volumineux et mou. On prescrit des injections chaudes et des piqûres d'ergotine qui arrêtent l'hémorrhagie au bout d'un jour. Nous voyons la femme le 30.

L'utérus a presque repris ses dimensions normales. Le col très élevé est difficile à atteindre par le vagin ; il est situé un peu en arrière ; le corps est solidement fixé à la paroi abdominale, on sent le fond de l'utérus à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne.

Le 15 février, nous renvoyons la patiente ; comme elle perd en blanc, nous lui recommandons des injections de perman-

ganate de potasse et nous l'engageons à revenir à l'hôpital se faire examiner.

Le 28 février, elle se présente à la maternité de l'hôpital Saint-Louis. M. Bonnaire pratique l'hystérométrie et trouve une cavité utérine de 6 c. 8, la face antérieure de l'utérus antéversé est solidement fixée à la paroi abdominale. Le fond est à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse.

La femme va bien,

Observation 82 (Auteur).

K. femme G. H..., 29 ans. Pas de maladie pendant l'enfance. Réglée à 15 ans, d'une façon régulière.

Première grossesse normale en 1887. L'enfant meurt à 3 semaines d'une affection intestinale. Deuxième grossesse normale en 1889. Troisième grossesse normale en 1891, à la suite de laquelle ont apparu des pertes blanches, des douleurs de reins au moment des règles et une sensation continue de pesanteur dans la région périnéale.

La femme subit l'opération de l'hystéropexie, procédé Terrier, pour une rétroversion adhérente, dans le service du professeur Tillaux, en mai 1894.

Depuis l'opération, l'état général de la patiente s'est beaucoup amélioré, mais un certain degré de rectocèle a subsisté, ainsi qu'une sensation de pesanteur dans la région lombaire.

Cette femme devient enceinte deux mois et demi après l'opération ; date des dernières règles : du 18 septembre au 5 octobre 1894. Quelques vomissements au début de la grossesse, pas d'autre malaise, si ce n'est une douleur peu intense dans la hanche et la fesse droite, douleur qui ne gêne en rien la marche.

Accouchement. — Les premières douleurs expulsives apparaissent le 16 juillet 1895 à 5 heures du matin. La malade se présente peu de temps après, à la maternité de la Charité où elle est admise.

Le constitution est bonne. A l'examen, la conformation du bassin est normale. La tête de l'enfant est engagée dans le détroit supérieur, le dos à droite, le siège en haut, le maximum

des bruits du cœur à droite, et au-dessous de l'ombilic ; on diagnostique une présentation du sommet en OIDA. L'accouchement et la délivrance se font normalement. Heure de l'accouchement : 8 heures du matin ; heure de la délivrance : 8 heures 30. Enfant du sexe féminin.

Poids 3.540 gr., longueur, 49 cent. 50, diamètres OF, 11 1/2, OM, 14, BiP, 10, BiT, 9, SOB, 10, 5.

Vu la femme le 24 mars. L'utérus est toujours fixé à la paroi abdominale. La cicatrice est un peu élargie au-dessus du point de fixation. Il y a un certain degré de rectocèle. La patiente dit ressentir, parfois, une douleur peu intense dans le côté gauche, au niveau de l'aîne.

Observation 83 (Auteur).

D. femme A. hystéropexie en 1894, par M. Richelot pour rétroflexion adhérente, accouchement prématuré à six mois le 22 juillet 1895, délivrance naturelle complète.

Urine albumineuse, la patiente est décédée le 24 juillet au cours d'un premier accès d'éclampsie à l'hôpital Baujon.

Il est regrettable que l'examen de l'état das adhérences n'ait pas été fait post-mortem.

Observation 85 (Küstner) thèse de M. Baudoin (p. 155.)

Hystéropexie chez une femme enceinte

Hystéropexie fortuite faite chez une femme enceinte à la suite de l'ablation d'un fibrome utérin (sans qu'il y eut rétrodéviation). Elle fut suivie une vingtaine de jours après d'une fausse couche.

Observation 85 (Howitz-Meyer).

Intervention au cours d'une grossesse datant de quelques semaines.

Hystéropexie (fixation du corps de l'utérus par son bord gauche, au niveau de l'incision abdominale) ; ablation des annexes des 2 côtés.

Grossesse et accouchement normaux. Neuf mois après les adhérences persistaient.

Observation 84 (Thiriar) Clinique de l'hôpital Saint-Pierre. Bruxelles. *Gazette de gynécologie*, p. 91. 15 mars 1892.

Hystéropexie chez une femme enceinte.

Hystéropexie pour prolapsus utérin complet chez une femme enceinte de trois mois.

La nommée V. J. âgée de 34 ans a eu 6 enfants et une fausse couche il y a six mois. Le premier accouchement, qui date de 10 ans, a été très laborieux ; il a fallu recourir au forceps ; le périnée a été déchiré ; cette déchirure persiste toujours ; il en est résulté un prolapsus utérin qui d'année en année a été progressant et qui, actuellement, est complet. A son entrée à l'hôpital on constate, en effet, que l'utérus sort des voies génitales, même dans le décubitus dorsal ; la marche, la fatigue, font en core augmenter cette procidence. Dans la station debout, l'utérus tombe entre les cuisses ; et cette infirmité détermine chez notre malade des douleurs de rein très intenses, des coliques, de la gêne et des douleurs en allant à la selle.

L'hystéropexie avec avivement est pratiquée le 15 janvier ; cathétérisme de la vessie, précautions antiseptiques ordinaires. Incision médiane de la peau et des tissus conjonctifs sous-jacents, depuis l'ombilic jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus du pubis. Section de la ligne blanche et du péritoine sur une étendue de 3 centimètres environ. On procède ensuite à la fixation ; un premier fil de catgut bien stérilisé n° 3 traverse la paroi abdominale d'un côté ; on le fait ensuite traverser toute la paroi antérieure utérine depuis l'insertion du ligament rond d'un côté, jusqu'à l'insertion du ligament rond opposé ; puis on le fait traverser l'autre paroi abdominale. Un second, puis un troisième fil de catgut, placés à un centimètee de distance, sont successivement passés de la même manière. Rapprochement des deux lèvres de la plaie ; ligatures serrées des fils de catgut traversant l'utérus et les parois abdominales ; suture de ces parois par des points profonds embrassant toute l'épaisseur de la paroi abdominale avec le péritoine et des points superficiels.

Le 22 on fait le pansement ; un fil de la paroi abdominale produit un peu de suppuration.

Le 25 la guérison est complète ; depuis lors le prolapsus ne s'est pas reproduit et la grossesse suit son cours normal. M. Thiriar n'a pas cru devoir recourir aux anciennes méthodes pour réduire cet énorme prolapsus, car, dit-il, les tampons ou les pessaires, en agissant directement sur le col utérin, sont bien plus dangereux au point de vue de l'avortement que l'hystéropexie. Il remédiera à la déchirure du périnée après l'accouchement seulement.

Observation nº 87 (docteur René Belin).

Communication faite à la Société médicale du XVII arrondissement. *Chirurgie pratique*, nº du 30 janvier 1896, p. 6, 7, 8.

Gastro-hystéropexie au cours de la grossesse. — Continuation de la grossesse.

Je fus consulté, en octobre 1895, par une jeune femme de province qui, ayant fait trois semaines auparavant une chute sur le siège, en cherchant à prendre une pile de linge dans un placard très élevé, ressentait depuis, des douleurs vagues dans toute la région abdominale, assez violentes pour l'obliger par moment à se courber en avant.

A l'examen, je trouvai un prolapsus moyen de l'utérus dont le fond était tombé dans la concavité sacrée, et dont le col faisait sallie à l'extérieur entre les deux petites lèvres ; le vagin paraissait sous la forme d'un bourrelet mollasse, d'un rouge vineux, encerclant le col. Je tentai, séance tenante, la réduction manuelle, mais ces manœuvres restèrent infructueuses et arrachaient des cris à la malade.

En dehors de la chute sur les ischions, les commémoratifs ne présentaient aucun intérêt, la malade prétendait avoir eu des règles normales quatre jours avant son accident et avoir toujours joui d'une parfaite santé.

Les pessaires et hystérophores de tous modèles ne me paraissant pas donner des garanties suffisantes chez une personne

habitant loin d'un grand centre, n'ayant pas sous la main de médecin capable de corriger les déplacements de ces appareils ; je proposerai à ma malade l'hystéropexie qu'elle accepta et que je pratiquai le surlendemain.

Me servant du plan incliné mobile dont je suis l'inventeur, je fis la laparotomie suivant les règles habituelles. En allant dans le fond du bassin rechercher l'utérus pour le fixer avec une pince à traction, je ne fus pas peu surpris de le trouver mou et de la grosseur d'une tête de fœtus ; en le relevant doucement, j'eus la désagréable surprise de constater que ma malade avait surpris ma bonne foi et qu'elle était enceinte de deux mois et demi environ.

Il me restait en pareille occurrence deux partis à prendre : ou de refermer le ventre et alors la malade perdait *ipsofacto* tout le bénéfice de l'intervention, ou de pratiquer l'hystéropexie quand même, ce qui exposait la grossesse d'abord, la malade ensuite à des dangers très sérieux. Je me rangeai, néanmoins, à ce dernier parti, en considération de l'état social de la patiente obligée de gagner sa vie, et pratiquai la suture.

Je fis 4 points à la grosse soie plate tressée n° 11 en ayant soin de passer mes fils en faufilant, et en prenant à chaque point une faible épaisseur au tissu utérin.

Les suites opératoires furent très simples, la malade repartit guérie le 11e jour. Je l'ai revue un mois après l'opération, la grossesse évolue normalement, et l'utérus solidement fixé a la paroi abdominable a gardé la position normale que je lui avais rendue.

Observation 88 (Dr de Malherbe).

D'après le docteur R. Belin, son collègue, le docteur de Malherbe a pu pendant son internat à l'hôpital Bichat prendre une observation analogue.

CONCLUSIONS

I. La possibilité de grossesses ultérieures nécessite une technique appropriée dans toute hystéropexie conservatrice.

II. Les adhérences créées par la ventrofixation devront réaliser deux conditions essentielles :

(*a*) être d'une fixité absolue ;

(*b*) ne pas entraver le développement de l'utérus pendant la grossesse.

III. Les seuls procédés d'hystéropexie qui permettent d'obtenir ces résultats sont ceux, dans lesquels la fixation est directe, et obtenue par des sutures horizontales perdues, comprenant, dans une même cicatrice, une certaine épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus au niveau de sa partie supérieure, mais au-dessus de la ligne des trompes, puis, sur chaque lèvre de la plaie abdominale, le plan musculo oponévrotique et le péritoine.

IV. Une hystéropexie exécutée suivant ce mode opératoire, outre les bénéfices qu'elle assure aux femmes par la cure de la déviation utérine, présente les avantages suivants :

1° elle favorise la conception.

2° elle a peu de chances de produire l'avortement et l'accouchement prématuré.

3° elle n'est pas une cause de présentations transversales au moment du travail.

V. On surveillera avec le plus grand soin les suites de couches chez les opérées, pour aider au besoin l'inoculution utérine, qui est quelquefois lente à se faire.

Toujours dans le but de favoriser la formation d'adhérences solides, et pour assurer leur conservation :

VI. Il faudra, avant de pratiquer l'hystéropexie, noter soigneusement l'état général des femmes, et s'efforcer d'améliorer, si besoin est, la tonicité de leurs tissus par un traitement convenable (régime, séjour à la campagne, hydrothérapie, électricité, etc).

Les mêmes soins ne devront pas être négligés après l'opération.

VII. Avant de pratiquer l'hystéropexie, on s'efforcera de faire disparaître la métrite qui accompagne en général la déviation.

VIII. Si le périnée est insuffisant, la vulve agrandie, et les parois du vagin relâchées, il faudra adjoindre à la ventro-fixation la perinéorrhaphie, et les colporrhaphies.

IX. Les femmes ne devront pas se lever trop tôt après l'opération. Elles porteront les premiers temps une ceinture abdominale modérément serrée, qu'elles quitteront la nuit. L'usage de cette ceinture est également indiqué pendant la grossesse.

X. On engagera les opérées à éviter une grossesse hâtive.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse.
BERGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

Préface 5
Historique et bibliographie 8
I. Conception 16
II. Grossesse 19
III. Accouchement 29
IV. Délivrance et suite de couches 34
V. Influence de procédé de puerpéralité opératoire d'hystéropexie sur l'évolution 36
Hystéropexies indirectes et semi-indirectes 41
Hystéropexies directes 43
VI. Parallèle entre l'hystéropexie et les autres traitements les plus usités des déviatione utérines 49
VII. De l'hystéropexie chez les femmes enceintes 54
Observations 57
Conclusions 105

Orléans. — Imp. G. MORAND.